

On-X Valve Implantatregistrierungs-Formular*

| | | | | |
|-----------------------------------|-----------|---------------------------|-----------------------------|---|
| Datum der Operation (JJJJ/MM/TT): | Position: | SN SERIENNUMMER | REF KATALOGNUMMER |  VERFALLSDATUM |
|-----------------------------------|-----------|---------------------------|-----------------------------|---|

Implantat oder Nicht verwendet _____ oder Datum der Explantation _____ oder Datum des Todes _____

| | | | | |
|--|-----------|---|-----------------------------|---|
| Weitere On-X Klappen für den gleichen Patienten | | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | |
| 2. Klappe | Position: | SN SERIENNUMMER | REF KATALOGNUMMER |  VERFALLSDATUM |

Implantat oder Nicht verwendet _____ oder Datum der Explantation _____ oder Datum des Todes _____

| | | | | |
|------------------|-----------|---------------------------|-----------------------------|---|
| 3. Klappe | Position: | SN SERIENNUMMER | REF KATALOGNUMMER |  VERFALLSDATUM |
|------------------|-----------|---------------------------|-----------------------------|---|

Implantat oder Nicht verwendet _____ oder Datum der Explantation _____ oder Datum des Todes _____

Patient

| | | | |
|--|-----------------------|----------------------------|-------|
| Vorname: | Zuname: | | |
| Geschlecht: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Nicht angezeigt | SSN/MRN: | Geburtsdatum (JJJJ/MM/TT): | |
| E-Mailadresse: | E-Mailadresse 2: | | |
| Stadt: | Bundesland/Landkreis: | Postleitzahl: | Land: |
| Telefon: | E-Mail: | | |

| | | | |
|-------------------------|-----------------------|---------------|-------|
| Name des Krankenhauses: | Telefon: | | |
| E-Mailadresse: | E-Mailadresse 2: | | |
| Stadt: | Bundesland/Landkreis: | Postleitzahl: | Land: |

| | | | |
|---|-----------------------|---------------|-------|
| Chirurg (Chirurg der Explantation, falls ein Datum der Explantation angegeben wurde) | | | |
| Vorname: | Zuname: | | |
| E-Mailadresse: | E-Mailadresse 2: | | |
| Stadt: | Bundesland/Landkreis: | Postleitzahl: | Land: |
| Telefon: | NPI: | | |

| | | | |
|---|-----------------------|------------------------|----------|
| Arzt der Folgebehandlung (Kardiologe oder Erstversorgungsarzt) <input type="checkbox"/> Gleich wie Chirurg | | | |
| Vorname: | Zuname: | | |
| E-Mailadresse: | E-Mailadresse 2: | | |
| Stadt: | Bundesland/Landkreis: | Postleitzahl: | Land: |
| Telefon: | NPI: | | |
| Bemerkungen: | | Gedruckter Name/Titel: | |
| | | Unterschrift: | |
| | | Heutiges Datum: | Telefon: |

* Bitte füllen Sie dieses Formular so vollständig wie es die lokale Gesetzgebung vorsieht aus, und senden Sie es dann unverzüglich an On-X Life Technologies, Inc. oder Ihren lokalen Vertreter. Dadurch wird jeder Patient in die Implantatregistrierung aufgenommen und die Rückverfolgbarkeit für die Zukunft ist damit möglich.