

Έντυπο εγγραφής εμφυτεύματος βαλβίδας On-X[®]

Ημερομηνία χειρουργικής επέμβασης (EEEE-MM-HH):

Θέση:

SN

ΣΕΙΡΙΑΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ

REF

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ

☐ Εμφύτευμα ή ☐ Δεν χρησιμοποιήθηκε

☐ Ημερομηνία εκφύτευσης

☐ Ημερομηνία θανάτου

Πρόσθετες βαλβίδες On-X για τον ίδιο ασθενή

☐ Ναι ☐ Όχι

2^η βαλβίδα

Θέση:

SN

ΣΕΙΡΙΑΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ

REF

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ

☐ Εμφύτευμα ή ☐ Δεν χρησιμοποιήθηκε

☐ Ημερομηνία εκφύτευσης

☐ Ημερομηνία θανάτου

3^η βαλβίδα

Θέση:

SN

ΣΕΙΡΙΑΚΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ

REF

ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΥ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΛΗΞΗΣ

☐ Εμφύτευμα ή ☐ Δεν χρησιμοποιήθηκε

☐ Ημερομηνία εκφύτευσης

☐ Ημερομηνία θανάτου

Ασθενής

Όνομα:

Επώνυμο:

Φύλο: ☐ Α ☐ Γ ☐ Χωρίς ένδειξη

SSN/MRN:

Ημερομηνία γέννησης (EEEE-MM-HH):

Ταχυδρομική διεύθυνση:

Ταχυδρομική διεύθυνση 2:

Πόλη:

Πολιτεία/Επαρχία:

Ταχυδρομικός κώδικας:

Χώρα:

Αρ. τηλεφώνου:

Ηλ. ταχυδρομείο:

Νοσοκομείο

Όνομα νοσοκομείου:

Αρ. τηλεφώνου:

Ταχυδρομική διεύθυνση:

Ταχυδρομική διεύθυνση 2:

Πόλη:

Πολιτεία/Επαρχία:

Ταχυδρομικός κώδικας:

Χώρα:

Χειρουργός (Χειρουργός εκφύτευσης εάν αναφέρεται ημερομηνία εκφύτευσης)

Όνομα:

Επώνυμο:

Ταχυδρομική διεύθυνση:

Ταχυδρομική διεύθυνση 2:

Πόλη:

Πολιτεία/Επαρχία:

Ταχυδρομικός κώδικας:

Χώρα:

Αρ. τηλεφώνου:

NPI:

Ιατρός παρακολούθησης (Καρδιολόγος ή Ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας)

☐ Ίδιος με τον χειρουργό

Όνομα:

Επώνυμο:

Ταχυδρομική διεύθυνση:

Ταχυδρομική διεύθυνση 2:

Πόλη:

Πολιτεία/Επαρχία:

Ταχυδρομικός κώδικας:

Χώρα:

Αρ. τηλεφώνου:

NPI:

Σχόλια:

Όνομα / Τίτλος με κεφαλαία:

Υπογραφή:

Σημερινή ημερομηνία:

Αρ. τηλεφώνου:

*Συμπληρώστε το έντυπο αυτό με όσες περισσότερες λεπτομέρειες επιτρέπει η τοπική νομοθεσία και επιστρέψτε το άμεσα στην On-X Life Technologies, Inc. ή τον τοπικό διανομέα σας.
Έτσι θα καταχωρηθεί κάθε ασθενής στο μητρώο εμφυτευμάτων και θα επιτραπεί η ιχνηλασιμότητα για μελλοντική παρακολούθηση.

Πολιτική απορρήτου της CryoLife: www.CryoLife.com/privacy-policy/

840497 02 EL Rev. C