

On-X-i klapi implantaadi registreerimisvorm*					
Operatsiooni kuupäev (AAAA/KK/PP):	Asukoht:	SN SEERIANUMBER	REF KATALOOGINUMBER.	 KÕLBLIK KUNI KUUPÄEVANI	
☐ Implantaat või ☐ Ei kasutata _____ või ☐ Eksplantaadi kuupäev _____ või ☐ Surma kuupäev _____					
Täiendavad On-X-klapid sama patsiendi jaoks ☐ Jah ☐ Ei					
2. klapp	Asukoht:	SN SEERIANUMBER	REF KATALOOGINUMBER.	 KÕLBLIK KUNI KUUPÄEVANI	
☐ Implantaat või ☐ Ei kasutata _____ või ☐ Eksplantaadi kuupäev _____ või ☐ Surma kuupäev _____					
3. klapp	Asukoht:	SN SEERIANUMBER	REF KATALOOGINUMBER.	 KÕLBLIK KUNI KUUPÄEVANI	
☐ Implantaat või ☐ Ei kasutata _____ või ☐ Eksplantaadi kuupäev _____ või ☐ Surma kuupäev _____					
Patsient					
Eesnimi:			Perekonnanimi:		
Sugu tatud	☐ M ☐ N ☐ Pole näidus-	SSN/MRN:	Sünnikuupäev (AAAA/KK/PP):		
Postiaadress:			Postiaadress 2:		
Linn:	Osariik/regioon:	Zip/sihtnumber:	Riik:		
Telefon:			E-post:		
Haigla					
Haigla nimi:			Telefon:		
Postiaadress:			Postiaadress 2:		
Linn:	Osariik/regioon:	Zip/sihtnumber:	Riik:		
Kirurg (eksplantaati paigaldav kirurg, kui aruandes on eksplandi kuupäev)					
Eesnimi:			Perekonnanimi:		
Postiaadress:			Postiaadress 2:		
Linn:	Osariik/regioon:	Zip/sihtnumber:	Riik:		
Telefon:			NPI:		
Jälgiv arst (kardioloog või kiirabiartst) ☐ Sama kui kirurg					
Eesnimi:			Perekonnanimi:		
Postiaadress:			Postiaadress 2:		
Linn:	Osariik/regioon:	Zip/sihtnumber:	Riik:		
Telefon:			NPI:		
Kommentaariid:			Trükitud nimi/titel:		
			Allkiri:		
			Tänane kuupäev:	Telefon:	

* Täitke see vorm nii täielikult, kui kohalik seadus lubab, ja saatke kohe tagasi ettevõttele On-X Life Technologies, Inc. või kohalikule edasimüüjale. Sellega sisestatakse kõik patsiendid implantaadi registrisse, mis võimaldab jälgitavust tuleviku seiretes.