On-X® | Life Technologies, Inc.™

Povrat: On-X Life Technologies Inc.
Device Tracking Department
1300 East Anderson Lane, Building B
Austin, TX 78752

Faks: 512.339.3636, na pozornost: Praćenje uređaja
Telefon: 512.339.8000 • E-pošta: onx@onxlti.com

Obrazac za registraciju implantata zaliska On-X*

Datum operacije (DD.MM.GGGG):	Položaj:	SN SERIJSKI BROJ	REF KATALOŠKI BROJ	⌛ ROK UPOTREBE

☐ Implantacija ili ☐ Nije upotrijebljen _____ ili ☐ Datum eksplantacije _____ ili ☐ Datum smrti _____

Dodatni On-X zalisci za istog pacijenta ☐ Da ☐ Ne

2. zalistak	Položaj:	SN SERIJSKI BROJ	REF KATALOŠKI BROJ	⌛ ROK UPOTREBE

☐ Implantacija ili ☐ Nije upotrijebljen _____ ili ☐ Datum eksplantacije _____ ili ☐ Datum smrti _____

3. zalistak	Položaj:	SN SERIJSKI BROJ	REF KATALOŠKI BROJ	⌛ ROK UPOTREBE

☐ Implantacija ili ☐ Nije upotrijebljen _____ ili ☐ Datum eksplantacije _____ ili ☐ Datum smrti _____

Pacijent

Ime:		Prezime:	
Spol: ☐ M ☐ Ž ☐ Nije naznačeno	SSN/MRN:	Datum rođenja (DD.MM.GGGG):	
Poštanska adresa:		Poštanska adresa 2:	
Grad:	Županija/Općina	Poštanski broj:	Država:
Telefon:		E-pošta:	

Bolnica

Naziv bolnice:		Telefon:	
Poštanska adresa:		Poštanska adresa 2:	
Grad:	Županija/Općina	Poštanski broj:	Država:

Kirurg (u slučaju prijavljivanja datuma eksplantacije, kirurg za eksplantaciju)

Ime:		Prezime:	
Poštanska adresa:		Poštanska adresa 2:	
Grad:	Županija/Općina	Poštanski broj:	Država:
Telefon:		NPI:	

Liječnik za kontrolu (kardiolog ili liječnik primarne zdravstvene zaštite) ☐ Isti kao i kirurg

Ime:		Prezime:	
Poštanska adresa:		Poštanska adresa 2:	
Grad:	Županija/Općina	Poštanski broj:	Država:
Telefon:		NPI:	
Komentari:		Otisnuto ime/titula:	
		Potpis:	
		Današnji datum:	Telefon:

*Ispunite ovaj obrazac u potpunosti, u skladu sa zahtjevima lokalnog zakona i vratite ga u tvrtku On-X Life Technologies, Inc. ili svom lokalnom distributeru.
Na taj će se način svi pacijenti naći u registru implantata i bit će dostupni za buduće praćenje.

CryoLife pravila o zaštiti privatnosti: www.CryoLife.com/privacy-policy/