

On-X billentyűimplantátum regisztrálási nyomtatvány*

Műtét napja (ÉÉÉÉ/HH/NN):

Pozíció:

SN

GYÁRTÁSI SZÁM

REF

KATALÓGUSSZÁM

FELHASZNÁLHATÓ

☐ Implantátum vagy
☐ Nem használt _____ vagy
☐ Explantálás napja _____ vagy
☐ Halál napja _____

További On-X billentyűk ugyanazon beteg esetében

☐ Igen
☐ Nem

2. billentyű

Pozíció:

SN

GYÁRTÁSI SZÁM

REF

KATALÓGUSSZÁM

FELHASZNÁLHATÓ

☐ Implantátum vagy
☐ Nem használt _____ vagy
☐ Explantálás napja _____ vagy
☐ Halál napja _____

3. billentyű

Pozíció:

SN

GYÁRTÁSI SZÁM

REF

KATALÓGUSSZÁM

FELHASZNÁLHATÓ

☐ Implantátum vagy
☐ Nem használt _____ vagy
☐ Explantálás napja _____ vagy
☐ Halál napja _____

Beteg

Keresztnév:

Családnév:

Nem:

☐ F
☐ N
☐ Nem jelölt

SSN/MRN:

Születési dátum (éééé. hh. nn.):

Levélcím:

Levélcím 2:

Város:

Állam/Tartomány:

Irányítószám:

Ország:

Telefon:

E-mail:

Kórház

Kórház neve:

Telefon:

Levélcím:

Levélcím 2:

Város:

Állam/Tartomány:

Irányítószám:

Ország:

Sebész (explantálást végző sebész, ha jelentik az explantálás napját)

Keresztnév:

Családnév:

Levélcím:

Levélcím 2:

Város:

Állam/Tartomány:

Irányítószám:

Ország:

Telefon:

NPI:

Utánkövető orvos (kardiológus vagy kezelőorvos)

☐ Ugyanaz mint a sebész

Keresztnév:

Családnév:

Levélcím:

Levélcím 2:

Város:

Állam/Tartomány:

Irányítószám:

Ország:

Telefon:

NPI:

Megjegyzések:

Nyomtatott név/beosztás:

Aláírás:

Mai dátum:

Telefon:

*Töltse ki ezt a nyomtatványt annyira amennyire a helyi törvények lehetővé teszi, és küldje vissza azonnal az On-X Life Technologies, Inc. vagy a helyi forgalmazó részére.

Ezzel bekerül mindegyik beteg az implantátumok nyilvántartásába, és lehetővé teszi a nyomon követést a későbbi utánkövetés céljából.

CryoLife titoktartási nyilatkozata: www.CryoLife.com/privacy-policy/

840497 02 HU Rev. C