

On-X 판막 이식물 등록신청서*

수술일 (연/월/일):	위치:	SN 일련번호	REF 카탈로그 번호	<input checked="" type="checkbox"/> 사용기한
-----------------	-----	-------------------	-----------------------	--

이식 또는 미사용 _____ 또는 외식일 _____ 또는 사망일 _____

동일 환자용 On-X 판막		<input type="checkbox"/> 예	<input type="checkbox"/> 아니요	
2번째 판막	위치:	SN 일련번호	REF 카탈로그 번호	<input checked="" type="checkbox"/> 사용기한

이식 또는 미사용 _____ 또는 외식일 _____ 또는 사망일 _____

3번째 판막	위치:	SN 일련번호	REF 카탈로그 번호	<input checked="" type="checkbox"/> 사용기한
---------------	-----	-------------------	-----------------------	--

이식 또는 미사용 _____ 또는 외식일 _____ 또는 사망일 _____

환자

이름:		성:	
성별: 하지 않음	<input type="checkbox"/> 남	<input type="checkbox"/> 여	<input type="checkbox"/> 표시
SSN/MRN:		생년월일(연/월/일):	
우편주소:		우편주소2:	
시/군/구:	시/도:	우편번호:	국가:
전화번호:		이메일:	

병원

병원명:		전화번호:	
우편주소:		우편주소2:	
시/군/구:	시/도:	우편번호:	국가:

외과의(외식일을 보고하는 경우 외식의)

이름:		성:	
우편주소:		우편주소2:	
시/군/구:	시/도:	우편번호:	국가:
전화번호:		NPI:	

다음 의사(심장병전문의 또는 주치의) 외과의와 동일

이름:		성:	
우편주소:		우편주소2:	
시/군/구:	시/도:	우편번호:	국가:
전화번호:		NPI:	
의견:		이름/직위:	
		서명:	
		오늘 날짜:	전화번호:

*관련 법규에서 허용하는 최대한으로 본 양식을 작성하여 On-X Life Technologies, Inc. 또는 담당 대리점에 반송해 주십시오.
각 환자가 이식 등록부에 등록되고 향후 추적할 수 있게 됩니다.