

Formularz rejestracji implantu zastawki On-X*

Data zabiegu:
(RRRR/MM/DD):

Pozycja:

SN

NUMER SERYJNY

REF

NUMER KATALOGOWY

DATA PRZYDATNOŚCI DO UŻYCIA

☐ Implantacja lub
☐ Nie wykorzystano _____ lub
☐ Data eksplantacji _____ lub
☐ Data zgonu _____

Dodatkowe zastawki On-X dla tego samego pacjenta

☐ Tak
☐ Nie

2. zastawka

Pozycja:

SN

NUMER SERYJNY

REF

NUMER KATALOGOWY

DATA PRZYDATNOŚCI DO UŻYCIA

☐ Implantacja lub
☐ Nie wykorzystano _____ lub
☐ Data eksplantacji _____ lub
☐ Data zgonu _____

3. zastawka

Pozycja:

SN

NUMER SERYJNY

REF

NUMER KATALOGOWY

DATA PRZYDATNOŚCI DO UŻYCIA

☐ Implantacja lub
☐ Nie wykorzystano _____ lub
☐ Data eksplantacji _____ lub
☐ Data zgonu _____

Pacjent

Imię:

Nazwisko:

Płeć:
☐ M
☐ K
☐ nie określono

SSN/MRN:

Data urodzenia (RRRR/MM/DD):

Adres do korespondencji:

Adres do korespondencji 2:

Miejscowość:

Stan/prowincja:

Kod pocztowy:

Kraj:

Telefon:

E-mail:

Szpital

Nazwa szpitala:

Telefon:

Adres do korespondencji:

Adres do korespondencji 2:

Miejscowość:

Stan/prowincja:

Kod pocztowy:

Kraj:

Chirurg (chirurg eksplantujący, jeśli podano datę eksplantacji)

Imię:

Nazwisko:

Adres do korespondencji:

Adres do korespondencji 2:

Miejscowość:

Stan/prowincja:

Kod pocztowy:

Kraj:

Telefon:

NPI:

Lekarz monitorujący (kardiolog lub lekarz POZ) taki sam jak chirurg

Imię:

Nazwisko:

Adres do korespondencji:

Adres do korespondencji 2:

Miejscowość:

Stan/prowincja:

Kod pocztowy:

Kraj:

Telefon:

NPI:

Uwagi:

Imię/nazwisko oraz stanowisko wielkimi literami:

Podpis:

Dzisiejsza data:

Telefon:

*Prosimy uzupełnić niniejszego formularza tak dokładnie, jak zezwala na to prawo krajowe i odesłać ją niezwłocznie do firmy On-X Life Technologies, Inc. lub lokalnego
Pozwoli to na dodanie każdego pacjenta do rejestru pacjentów z implantami oraz monitorowanie ich w przyszłości.

Polityka prywatności CryoLife's Privacy Policy: www.CryoLife.com/privacy-policy/

840497 02 PL Rev. C