

Registreringsformulär för On-X klaffimplantat*					
Datum för kirurgi (ÅÅÅÅ-MM-DD):	Position:	SN SERIENUMMER	REF KATALOGNUMMER		 UTGÅNGSDATUM
☐ Implanterad eller ☐ Ej använd _____ eller ☐ Explanteringsdatum _____ eller ☐ Dödsdatum _____					
Ytterligare On-X-klaffar för samma patient ☐ Ja ☐ Nej					
2:a klaff	Position:	SN SERIENUMMER	REF KATALOGNUMMER		 UTGÅNGSDATUM
☐ Implanterad eller ☐ Ej använd _____ eller ☐ Explanteringsdatum _____ eller ☐ Dödsdatum _____					
3:e klaff	Position:	SN SERIENUMMER	REF KATALOGNUMMER		 UTGÅNGSDATUM
☐ Implanterad eller ☐ Ej använd _____ eller ☐ Explanteringsdatum _____ eller ☐ Dödsdatum _____					
Patient					
Förnamn:			Efternamn:		
Kön: ☐ M ☐ K ☐ Ej angivet	SSN/MRN:		Födelsedatum (ÅÅÅÅ-MM-DD):		
Adress:			Adress 2:		
Ort:	Kommun/län:	Postnummer:	Land:		
Telefon:			Epost:		
Sjukhus					
Sjukhusets namn:			Telefon:		
Adress:			Adress 2:		
Ort:	Kommun/län:	Postnummer:	Land:		
Kirurg (explanterande kirurg om explanteringsdatum angivits)					
Förnamn:			Efternamn:		
Adress:			Adress 2:		
Ort:	Kommun/län:	Postnummer:	Land:		
Telefon:			NPI:		
Uppföljande läkare (kardialog eller primärvårdsläkare) ☐ Samma som kirurgen					
Förnamn:			Efternamn:		
Adress:			Adress 2:		
Ort:	Kommun/län:	Postnummer:	Land:		
Telefon:			NPI:		
Kommentarer:			Namn textat/titel:		
			Underskrift:		
			Dagens datum:	Telefon:	

*Vänligen fyll i detta formulär så fullständigt som möjligt i enlighet med lokala lagar och returnera det så snart som möjligt till On-X Life Technologies, Inc. eller till din lokala distributör. Detta kommer att registrera patienten i implantatregistret och medger spårbarhet för framtida uppföljning.