

On-X Kalp Kapağı İmplant Kayıt Formu*

Ameliyat Tarihi (YYYY/AA/GG):	Konum:	SN SERİ NUMARASI	REF KATALOG NUMARASI	 SON KULLANIM TARİHİ
----------------------------------	--------	----------------------------	--------------------------------	--

☐ İmplant veya ☐ Kullanılmamış _____ veya ☐ Eksplant Tarihi _____ veya ☐ Ölüm Tarihi _____

Aynı Hasta için İlave On-X Kalp Kapakları

☐ Evet☐ Hayır

2. Kalp Kapağı	Konum:	SN SERİ NUMARASI	REF KATALOG NUMARASI	 SON KULLANIM TARİHİ
-----------------------	--------	----------------------------	--------------------------------	--

☐ İmplant veya ☐ Kullanılmamış _____ veya ☐ Eksplant Tarihi _____ veya ☐ Ölüm Tarihi _____

3. Kalp Kapağı	Konum:	SN SERİ NUMARASI	REF KATALOG NUMARASI	 SON KULLANIM TARİHİ
-----------------------	--------	----------------------------	--------------------------------	--

☐ İmplant veya ☐ Kullanılmamış _____ veya ☐ Eksplant Tarihi _____ veya ☐ Ölüm Tarihi _____

Hasta

Adı:	Soyadı:
Cinsiyeti: ☐ E ☐ K ☐ Belirtilmemiş	SSN/MRN:
Doğum Tarihi (YYYY/AA/GG):	
Posta Adresi:	Posta Adresi 2:
Şehir:	Eyalet/il:
Posta Kodu:	Ülke:
Telefon:	E-posta:

Hastane

Hastane Adı:	Telefon:
Posta Adresi:	Posta Adresi 2:
Şehir:	Eyalet/il:
Posta Kodu:	Ülke:

Cerrah (Eksplant Tarihini Bildiriyorsa Eksplant İşlemini Gerçekleştiren Cerrah)

Adı:	Soyadı:
Posta Adresi:	Posta Adresi 2:
Şehir:	Eyalet/il:
Posta Kodu:	Ülke:
Telefon:	NPI:

Hastayı Takip Eden Doktor (Kardiyolog veya Pratisyen Doktor) ☐ Cerrah ile aynı kişi

Adı:	Soyadı:
Posta Adresi:	Posta Adresi 2:
Şehir:	Eyalet/il:
Posta Kodu:	Ülke:
Telefon:	NPI:
Açıklamalar:	Ad/Unvan:
	İmza:
	Bugünün Tarihi:
	Telefon:

*Lütfen bu formu yerel yasaların izin verdiği ölçüde eksiksiz bir şekilde doldurun ve On-X Life Technologies, Inc.'e veya yerel distribütörünüze derhal iade edin.
Bu, her hastanın implant kaydına girmesine ve gelecekteki takip için izlenebilirliğine izin verir.