

B. Braun Implantatepass

Für Herniennetze



Name des behandelnden Arztes

Operateur

Krankenhaus, Ort

OP-Datum

Stempel des Krankenhauses

Der Inhaber dieses Ausweises ist Träger
eines Herniennetzimplantates.



weiblich



männlich

Name, Vorname

Straße, Nr.

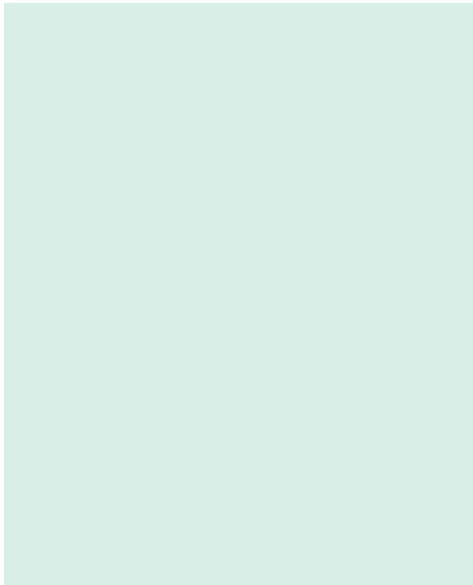
PLZ, Ort

Telefon

Geburtsdatum (TT/MM/JJ)

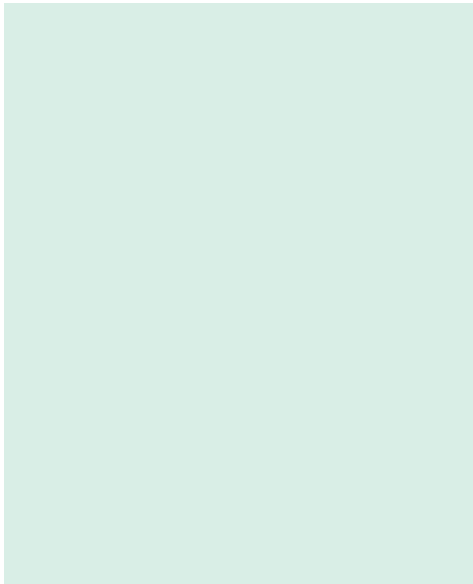
Patientenetikett

(bitte einkleben)



Produktetikett

(bitte einkleben)



Operationstechnik

Offene Operationstechnik

☐ Leistenhernie

☐ Narbenhernie

☐ Nabelhernie

Sonstige:

Laparoskopische Operationstechnik

☐ Leistenhernie

☐ Narbenhernie

☐ Nabelhernie

Sonstige:

Fixierung des Netzimplantates

☐ Keine Fixierung

☐ Resorbierbare Tacker

☐ Klebung

☐ Nicht resorbierbare Tacker

Sonstige:

Nachuntersuchung

1. Termin

Datum	Unterschrift Arzt	Klinikstempel
-------	-------------------	---------------

2. Termin

Datum	Unterschrift Arzt	Klinikstempel
-------	-------------------	---------------

3. Termin

Datum	Unterschrift Arzt	Klinikstempel
-------	-------------------	---------------

4. Termin

Datum	Unterschrift Arzt	Klinikstempel
-------	-------------------	---------------

B. Braun Deutschland GmbH & Co. KG | www.bbraun.de
Tel.: (0 56 61) 9147-70 00 | E-Mail: info.de@bbraun.com
Betriebsstätte: Tuttlingen | Am Aesculap-Platz | 78532 Tuttlingen