



Implantable Cochlear Stimulator DEVICE REGISTRATION FORM

MP D00002171 Rev A

Please print or type.

Parent or Guardian Name (If patient is under 18)

FAMILY NAME/NAME/NOM/COGNOME/APELLIDO		GIVEN NAME/ VORNAME/ PRÉNOM/ NOME/ NOMBRE			
STREET/ STRABE/RUE/VIA/CALLE		PHONE/TELEFON NR./NO DE TÉLÉPHONE/TELEFONO/TELÉFONO			
CITY/STADT/VILLE/CITTÀ/CIUDAD	STATE/STAAT/ETAT/STATO/ESTADO	POSTAL CODE/POSTLEITZAHL/CODE POSTAL/ CODICE POSTALE / CÓDIGO POSTAL		COUNTRY/LAND/PAYS/PAESE/PAIS	
NATIVE LANGUAGE/MUTTERSPRACHE/LANGUE MATERNELLE/LINGUA MADRE/LENGUA MATERNA:					
DATE OF IMPLANTATION/DATUM DER IMPLANTATION/DATE D'IMPLANTION/ DATA DELL'INTERVENTO/FECHA DE LA INTERVENCIÓN			DATE OF BIRTH/ GEBURTSDATUM/ DATE DE NAISSANCE/DATA DI NASCITA/ FECHA DE NACIMIENTO		
MONTH/MONAT/MOIS MESE/MES	DAY/TAG/JOUR GIORNO/DÍA	YEAR/JAHR/ANNÉE ANNO/AÑO	MONTH/MONAT/MOIS MESE/MES	DAY/TAG/JOUR GIORNO/DÍA	YEAR/JAHR/ANNÉE ANNO/AÑO
IMPLANTED EAR: IMPLANTIERTES OHR: OREILLE IMPLANTÉE: ORECCHIO IMPIANTATO: OÍDO:	L R L R G D S D I D		SEX: GESCHLECHT: SEXE: SESSO: SEXO:	M F M W M F M F M F	
ARE THE PATIENT'S MENINGITIS VACCINATIONS UP-TO-DATE? Sind die Meningitis-Schutzimpfungen der Patienten auf dem neuesten Stand? Les vaccinations des patients contre la méningite sont-elles à jour ? Il paziente ha fatto la vaccinazione contro la meningite e successivi richiami? ¿Están al día las vacunaciones de meningitis del paciente?		YES Ja Oui Sì Si	NO Nein Non No No	If Yes, vaccine type/Wenn ja, Impfstofftyp/Si oui, merci de préciser le nom du vaccin/Se Sì, tipo di vaccino/Si es Sì, tipo de vacuna: Date/Datum/Date/Data/Fecha	
FOR MORE INFORMATION SEE CDC RECOMMENDATIONS AT/ Für weitere Informationen beachten Sie die CDC Empfehlungen auf/ Pour plus d'informations, veuillez suivre les recommandations du Centre de prévention et de contrôle de maladies (CDC) en cliquant sur le site/ Per ulteriori informazioni, consultate il seguente sito web/ Para más información consultar las recomendaciones de la CDC en: http://www.cdc.gov					

SURGICAL CENTER/NAME DER KLINIK/NOM DE L'HÔPITAL/NOME DELL'OSPEDALE/NOMBRE DEL HOSPITAL	
ADDRESS/GENAUE ADRESSE/ADRESSE COMPLÈTE/INDIRIZZO/DIRECCIÓN	PHONE/TELEFON NR./NO DE TÉLÉPHONE/TELEFONO/TELÉFONO
SURGEON'S NAME/NAME DES CHIRURGEN/ NOM DU CHIRURGIEN/NOME DEL CHIRURGO/NOMBRE DEL CIRUJANO	AUDIOLOGIST'S NAME/NAME DES AUDIOLOGEN/ NOM DE L'AUDIOLOGISTE/ NOME DELL'AUDIOLOGO/ NOMBRE DEL AUDIÓLOGO

FOR EUROPEAN UNION AND OTHER COUNTRIES WHERE REQUIRED BY LAW: PATIENT OR GUARDIAN (IF PATIENT IS UNDER 18) HAS GIVEN CONSENT FOR COLLECTION, PROCESSING, AND USAGE OF HIS/HER/PATIENT'S PERSONAL DATA INCLUDING HEALTH-RELATED DATA BY ADVANCED BIONICS SARL, RIXHEIM, FRANCE AND ADVANCED BIONICS, LLC, VALENCIA, CA, USA FOR TECHNICAL SERVICES AND SUPPORT. **FÜR DIE EUROPÄISCHE UNION UND SONSTIGE LÄNDER, IN DENEN DIES GESETZLICH VORGESCHRIEBEN IST:** DER PATIENT/DIE PATIENTIN ODER DESSEN/DEREN VORMUND (FALLS DER PATIENT JÜNGER ALS 18 JAHRE IST) GEBEN IHR EINVERSTÄNDNIS ZUR ERHEBUNG, VERARBEITUNG UND NUTZUNG DER PERSONENBEZOGENEN DATEN DES PATIENTEN/DER PATIENTIN, EINSCHLIESSLICH DER GESUNDHEITSRELEVANTEN DATEN, DURCH ADVANCED BIONICS SARL, RIXHEIM, FRANKREICH SOWIE ADVANCED BIONICS, LLC, VALENCIA, CA, USA ZWECKS TECHNISCHER DIENSTLEISTUNGEN UND KUNDENBETREUUNG. **POUR L'UNION EUROPÉENNE ET D'AUTRES PAYS OÙ LA LOI L'EXIGE:** LE PATIENT OU LE TUTEUR (SI LE PATIENT EST ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS) A DONNÉ SON CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE, LE TRAITEMENT ET L'UTILISATION PAR ADVANCED BIONICS SARL, RIXHEIM, FRANCE ET ADVANCED BIONICS, LLC, VALENCIA, CA, ÉTATS-UNIS DE SES DONNÉES PERSONNELLES/DES DONNÉES PERSONNELLES DU PATIENT, Y COMPRIS LES DONNÉES RELATIVES À LA SANTÉ, POUR LES SERVICES D'ENTRETIEN ET DE SUPPORTS TECHNIQUES. **PER L'UNIONE EUROPEA E PER ALTRI PAESI OVE RICHIESTO PER LEGGE:** IL PAZIENTE O IL SUO TUTORE (SE IL PAZIENTE È MINORENNE) HA ACCONSENTITO A CHE I DATI PERSONALI DEL PAZIENTE STESSO, INCLUSI QUELLI ATTINENTI AL SUO STATO DI SALUTE, VENGANO RACCOLTI, ELABORATI E USATI DA ADVANCED BIONICS SARL, RIXHEIM (FRANCIA) E ADVANCED BIONICS, LLC, VALENCIA (CALIFORNIA) PER SUPPORTO E ASSISTENZA TECNICA. **PARA LA UNIÓN EUROPEA Y OTROS PAÍSES EN LOS QUE LO EXIJA LA LEY:** EL PACIENTE O SU TUTOR (SI EL PACIENTE TIENE MENOS DE 18 AÑOS) HA CONSENTIDO LA RECOPIACIÓN, EL PROCESAMIENTO Y USO DE LOS DATOS PERSONALES DEL PACIENTE, INCLUYENDO DATOS MÉDICOS POR PARTE DE ADVANCED BIONICS SARL, RIXHEIM, FRANCIA Y ADVANCED BIONICS, LLC, VALENCIA, CA, USA PARA SERVICIOS Y SOPORTE TÉCNICO. YES, JA, OUI, SÌ, SI NO, NEIN, NON, NO, NO

WARRANTY INFORMATION

TO ACTIVATE WARRANTY, RETURN WHITE COPY/UM DIE WIRKSAMKEIT IHRER GARANTIE SICHERZUSTELLEN BITTEN WIR SIE, DIE WEISSE KOPIE DIESER KARTE AN FOLGENDE ADRESSE ZU SENDEN/ POUR VALIDER LA GARANTIE, RETOURNER LA COPIE BLANCHE À/PER CONVALIDARE LA GARANZIA, MANDARE LA COPIE BIANCA A/PARA ACTIVAR LA GARANTIA, ENVIE LA COPIA BLANCA A:

In Europe, Africa & the Middle East, send to:
Advanced Bionics SARL
76, rue de Battenheim
68170 Rixheim, France
33 (0)3 89 65 98 00
33 (0)3 89 65 50 05 FAX

For all other places, send to:
Advanced Bionics
Attn: Customer Service
12740 San Fernando Road
Sylmar, CA 91342 USA
(800) 678-2575
(661) 362-7795 FAX

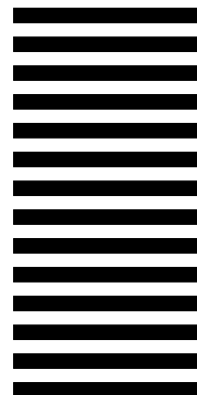
DEVICE INFORMATION

Apply Implant Device Label Here

IMPORTANT: DO NOT ENLARGE, REDUCE OR MOVE the FIM and POSTNET barcodes. They are only valid as printed!
Special care must be taken to ensure FIM and POSTNET barcode are actual size AND placed properly on the mail piece to meet both USPS regulations and automation compatibility standards.



NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES



BUSINESS REPLY MAIL
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 317 SANTA CLARITA, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

CUSTOMER SERVICE
ADVANCED BIONICS
28515 WESTINGHOUSE PL
VALENCIA CA 91355-9720



Artwork for User Defined (5.125" x 8.5")
Layout: sample BRM Envelope.lyt
January 5, 2010

Produced by DAZzle Designer, Version 9.0.05
(c) 1993-2009, Endicia, www.Endicia.com
U.S. Postal Service, Serial #