

Implantable Cochlear Stimulator DEVICE REGISTRATION FORM

Please print or type.

Parent or Guardian Name (If patient is under 18)

PATIENT INFORMATION	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 / CÒDIGO 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/ANN ÉE ANNO/AÑO	MONTH/MONAT/ MOIS MESE/MES	DAY/TAG/JOUR GIORNO/DÍA	YEAR/JAHR/ANN ÉE ANNO/AÑO
IMPLANTED EAR:	L	R	SEX:	M	F	
IMPLANTIERTES OHR:	L	R	GESCHLECHT:	M	W	
OREILLE IMPLANTÉE:	G	D	SEXE:	M	F	
ORECCHIO IMPIANTATO:	S	D	SESSO:	M	F	
OÍDO:	I	D	SEXO:	M	F	

CLINIC INFORMATION	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

DEVICE INFORMATION	Apply Device Label Here
---------------------------	-------------------------

DEVICE 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 & 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 Corporation 12740 San Fernando Road Sylmar, CA 91342 USA (800) 678-2575 (661) 362-1503 FAX 661-362-7795 FAX