



# IMPLANTAT-PASS

für Patienten mit Testicular-Implantaten



Name: \_\_\_\_\_

Datum der Operation: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Erstimplantation

gel-gefülltes  
Implantat

Strasse: \_\_\_\_\_

Revisions-OP

Solid Elastomer  
Implantat

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Herstellerfirma:**

Nagor Ltd., 129 Deerdykes View, Westfield Industrial  
Estate, Cumbernauld, Glasgow, G68 9 HN, UK

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_

**Vertrieb in Deutschland:**

AMT Aromando Medizintechnik GmbH, Galmer Str. 14,  
14943 Luckenwalde

**Bitte bewahren Sie dieses Dokument gut  
auf und weisen Sie Ihren Arzt bei späteren  
Untersuchungen auf das Implantat hin.**

**Produktaufkleber:**

Unterschrift und Stempel behandelnder Arzt:

linker Hoden	rechter Hoden

F-Tec-623

Rev.22-02.A

©hb.CS-Lab!

-----

- auf Papier „hellgelb, 160 g“ ausdrucken

- unteren Bereich entlang der gestrichelten Linie abschneiden