**Tilkynning eiganda/notanda um atvik**

**vegna Ígræðanlegs lækningatækis**

**Notification for owner/user**

**of incident**

|  |
| --- |
|  |
|  |
| Framleiðandi lækningatækis:(Manufacturer) | Heiti lækningatækis:(Name of device) | Tegund:(Model) | Ígræðsludagsetning: (date of implantation) |
|  |       |       |       |
| Staður ígræðslu (valkvætt)[[1]](#footnote-1): (Place of implantation, optional) | Ígrætt af (valkvætt): (implanted by, optional)   | Hefur ígræði verið fjarlægt? (has implant been removed?)[ ] Já[ ]  Nei  | Ef já, hvenær fjarlægt? (If yes, date of removal) |
| Eru upplýsingar um ígræði í ígræðsluskírteini?[ ] JáEf, Já skírteinis Nr:     [ ]  Nei | Fæðingarár ígræðaþega: (Birth year of implantee) | Kyn ígræðaþega: (sex of implantee) |
|       |       |
|  |
| Lýsing atviks/einkenna:(Description of incident) Eru einhver líkamleg einkenni sem rekja má til ígræðis? [ ] Já[ ]  NeiEf já, eru:- Bólgur [ ] Já[ ]  Nei- Verkir [ ] Já[ ]  Nei- Roði [ ] Já[ ]  Nei- Ógleði [ ] Já[ ]  Nei- Svefnleysi [ ] Já[ ]  Nei- Minnisleysi [ ] Já[ ]  Nei | Dagssetning fyrstu einkenna:(Date of first symtom)      |
| Önnur einkenni :       |
|  |  |

1. Starfstöð læknis þar sem ígræðsla fór fram. [↑](#footnote-ref-1)