



## SOL.LICITUD DE RENOVACIÓ DE MICROFON/BOBINA/ CABLE D'IMPLANT COCLEAR

**DATA SOL·LICITUD/ FECHA DE SOLICITUD:**

### DADES DEL PACIENT/ DATOS DEL PACIENTE

Nom/Nombre:

NHC:

Cognoms/ Apellidos:

Email:

Telèfon mòbil de contacte/ Teléfono móvil de contacto:

### IMPLANT/ IMPLANTE

Unilateral

Bilateral

### MODEL PROCESSADOR (si és bilateral marcar-ne 2) / MODELO PROCESADOR (si es bilateral marcar 2)

<b>COCHLEAR</b>	NUCLEUS SPRINT <input type="checkbox"/>	NUCLEUS ESPIRIT 3G <input type="checkbox"/>	NUCLEUS FREEDOM <input type="checkbox"/>	NUCLEUS 5 <input type="checkbox"/>	NUCLEUS 6 <input type="checkbox"/>	NUCLEUS 7 <input type="checkbox"/>	KANSO <input type="checkbox"/>
<b>MEDEL</b>	OPUS 2 <input type="checkbox"/>	SONNET <input type="checkbox"/>	SONNET EAS <input type="checkbox"/>	RONDO <input type="checkbox"/>	RONDO 2 <input type="checkbox"/>		
<b>ADVANCE BIONIC</b>	AURIA <input type="checkbox"/>	PSP (PETACA) <input type="checkbox"/>	NEPTUNE <input type="checkbox"/>	HARMONY <input type="checkbox"/>	NAIDA Q30 <input type="checkbox"/>	NAIDA Q70 <input type="checkbox"/>	NAIDA Q90 <input type="checkbox"/>

Altres / Otros: \_\_\_\_\_

**Color del procesador / Color del procesador:**

**Sol.licito renovació de / Solicito renovación de**

- Micròfon/Micrófono (data adquisició/fecha de adquisición: .....)
- Antena/Bobina (data adquisició/fecha de adquisición: .....)
- Cable retroauricular implante coclear/cable retroauricular (data adquisició/fecha de adquisición: .....)
- Cable para procesador corporal o de petaca /cable per procesador corporal (data adquisició/fecha de adquisición: .....)