

Implantationszentrum/Implanting Center:

Betreuender Arzt/Treating Physician:

(Name, Anschrift, Telefon/Name, Address, Phone No.)

The implantable Percept™ neurostimulation systems are used for electrical stimulation of locations in the deep brain for the treatment of movement disorders (Morbus Parkinson, Essential Tremor and Dystonia).

The implantable system is composed of the following components: One or two deep brain stimulation leads, one or two extensions and the programmable and implantable Percept™ pulse generator.

In case of replacement an ACTIVA® adapter might be implanted.

Medtronic neurostimulation systems for Deep Brain Stimulation are conditionally safe for full body MRI scans. Please consult the MRI guidelines or www.medtronic.com/mri for detailed instructions before performing a MRI scan.

Die vollimplantierbaren Percept™ Neurostimulationssysteme dienen zur Abgabe von elektrischen Stimulationsimpulsen an tiefe Hirnstrukturen mit dem Ziel der Behandlung von Bewegungsstörungen wie bei Symptomen des Morbus Parkinson, Dystonie und essentieller Tremor.

Das System besteht aus folgenden implantierten Komponenten: Ein oder zwei Elektroden im Bereich tiefer Hirnstrukturen, ein oder zwei Verlängerungen und der programmierbare Percept™ Impulsgenerator zur Erzeugung der Therapieimpulse.

Im Falle eines Austausches kann zusätzlich auch ein ACTIVA® Adapter implantiert werden.

Medtronic Neurostimulationssysteme zur Tiefen Hirnstimulation sind unter definierten Bedingungen für Ganzkörper-MRT-Untersuchungen geeignet. Informieren Sie sich vor der Durchführung eines MRT Scans über die vollständigen Sicherheitsinformationen und -anweisungen in den MRT Richtlinien bzw. unter: www.medtronic.com/mri

PERCEPT™ PC
PERCEPT™ RC

Neurostimulationssysteme/
Neurostimulation system

Patientenpass/
Patient card

Patient:

(Name, Anschrift, Telefon/Name, Address, Phone No.)

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch
+49 (0)2159 81 49 0
www.medtronic.de

Medtronic

14604525-de-emea

☐ Percept™ PC

☐ Percept™ RC

Modell-Nr.: _____ Serien-Nr.: _____

┌ _____ ┐

└ _____ ┘

Implantationsdatum:

--	--	--	--	--	--	--

ACTIVA®-ADAPTER

☐ 1x4 ☐ 2x4

Modell-Nr.: _____ Serien-Nr.: _____

┌ _____ ┐

└ _____ ┘

Implantationsdatum:

--	--	--	--	--	--	--

Verlängerung(en)/Extension (s)

Modell-Nr.: _____ Serien-Nr.: _____

L: ┌ _____ ┐

R: └ _____ ┘

Elektrode(n)/Lead(s)

Modell-Nr.: _____ Serien-Nr.: _____

L: ┌ _____ ┐

R: └ _____ ┘

Implantationsdatum:

--	--	--	--	--	--	--

Zielpunkt(e)/Target(s)

L: _____

R: _____

**Patientenprogrammiergerät/
Patient Programmer**

Modell-Nr.: _____ Serien-Nr.: _____

┌ _____ ┐

└ _____ ┘

Kontrolluntersuchungen/Follow-Up Visits

Datum / Date	Kommentare / Comments	Unterschrift / Signature	Nächste Kontrolle / Next Follow-Up