



ORDINATION AF Udstyr til Hjemmet

Patientoplysninger:

CPR-nr.	
Navn	
Adresse	
Postnr. og by	
Tlf.nr.	
Hjemstedssygehus	

Supplerende bemærkninger:

--

Ordination:

Ordinerende læge:		
Ordinerende sygehus + afdeling:		
Bestilt af:		
Ønskes leveret den:		kl. ca.
Evt. pårørende / kontaktperson	telefonnr.	

Faktureres til	
EAN-nr.	

Udstyr:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stationær forstøver | <input type="checkbox"/> Håndholdt pulsoximeter |
| <input type="checkbox"/> Stationært sug (m/ledning) | <input type="checkbox"/> Håndholdt pulsoximeter m/alarm |
| <input type="checkbox"/> Transp. sug (m/batteri) | <input type="checkbox"/> Stationært pulsoximeter m/alarm |
| <input type="checkbox"/> Lav-vacuum sug | <input type="checkbox"/> Varmtvandsfugter |

Bemærkninger:

CPAP:

CPAP-apparat

CPAP-modstand str.	
CPAP-modstand str.	
CPAP-modstand str.	
CPAP-maske str.	

Bemærkninger:

Sendes til:

Denne ordination mail / faxes til Medical Danmark A/S

FAX: 66109043 / TLF.: 65938018

ELLER mailes til: info@medical.dk

Mere information om udlejningsudstyr og produkter findes på vores hjemmeside: www.medical.dk