

BESTILLING AF TRANSPORTABELT SUG

HJEMMESUG

Faxes til Linde Healthcare, AGA 70 104 102

Telefon 70 104 103

Rekvirerende afdeling:	_____

Telefon nr.:	_____

Patientnavn:	_____
Fødselsdag/år	_____
Adresse:	_____

Telefon nr.:	_____

Stærkt sug (op til 800kPa/8 bar): <input type="checkbox"/>	Svagt sug (op til 300 kPa/3 bar): <input type="checkbox"/>
Brugsvejledning udleveret: <input type="checkbox"/>	

Antal sugekatetre udleveret:	ch 10 <i>bu</i> et 53 cm sort	_____
	ch 10 <i>lige</i> 53 cm sort	_____
	ch 12 <i>bu</i> et 53 cm hvid	_____
	ch 12 <i>lige</i> 53 cm hvid	_____
	ch 14 <i>bu</i> et 53 cm grøn	_____
	ch 14 <i>lige</i> 53 cm grøn	_____
	ch 16 <i>bu</i> et 53 cm orange	_____
	ch 16 <i>lige</i> 53 cm orange	_____
Forventet ugentlig forbrug af katetre:	_____	sugeposer: _____

Bemærkninger:

Underskrift:

Læge/sygeplejerske

Dato