

Asiakkaan nimi _____

Henkilötunnus _____ Puhelinnumero _____

Sähköpostiosoite _____

Katuosoite _____

Postinumero ja toimipaikka _____

Omakotitalo / rivitalo Kerrostalo / kerros _____ Ovikoodi _____

Portaat, askelmia n. _____ kpl Hissi

Hoitava yksikkö / Yhteyshenkilön nimi ja puh. _____

Ensimmäinen toivottu toimituspäivä _____

ASIAKKAAN LÄHIOMAISEN TIEDOT:

Nimi _____ Puhelinnumero _____

Sähköpostiosoite _____

NESTEMÄISEN HAPEN KOTISÄILIÖT JA KANNETTAVAT

Asiakas tarvitsee ohjauksen laitteiston käyttöön



Liberator -kotisäiliö

____ 10 L

____ 20L

____ 45 L



Helios -kotisäiliö

____ Helios U36



Helios -kannettava

____ 300

____ 850 Marathon



Spirit -kannettava

300 ____ SF ____ TF

600 ____ SF ____ TF

1200 ____ SF ____ TF



Stroller -kannettava

Hi-Flow Stroller:

____ SF ____ TF

Stroller 1200:

____ SF ____ TF

TILAUSOHJE

Haluan tilausvahvistuksen sähköpostiini

Tilauslomake ja lääkemääräys SV1 toimitetaan Woikoski Medicalille sähköpostilla tai faksilla.

Huomioitthän, että sähköinen resepti ei käy.

Lisätietoa _____

Asiakkaan allekirjoitus _____