

Etunimi _____ Sukunimi _____

Henkilötunnus _____ Puhelinnumero _____

Sähköpostiosoite _____

Katuosoite _____

Postinumero ja toimipaikka _____

Omakotitalo / rivitalo Kerrostalo / kerros _____ Ovikoodi _____

Portaat, askelmia n. _____ kpl Hissi

Hoitava yksikkö / Yhteys henkilön nimi ja puh. _____

Ensimmäinen toivottu toimituspäivä _____

Vain Woikosken kouluttama henkilö saa käyttää nestehapen laitteistoa ja täyttää kannettavia säiliöitä.

Asiakas tarvitsee ohjauksen laitteiston käyttöön Kotihoito tarvitsee ohjauksen laitteiston käyttöön

ASIAKKAAN LÄHIOMAISEN TIEDOT

Nimi _____ Puhelinnumero _____

Sähköpostiosoite _____

NESTEMÄISEN HAPEN KOTISÄILIÖT JA KANNETTAVAT

KOTISÄILIÖT

Liberator 20 L -kotisäiliö _____ kpl

Liberator 45 L -kotisäiliö _____ kpl

Helios U36 -kotisäiliö _____ kpl

KANNETTAVAT

Helios 300 -kannettava _____ TF

Helios 850 Marathon -kannettava _____ TF

Spirit 300 -kannettava _____ SF _____ TF

Spirit 600 -kannettava _____ SF _____ TF

Spirit 1200 -kannettava _____ SF _____ TF

Hi-Flow Stroller -kannettava _____ SF _____ TF

Stroller 1200 kannettava _____ SF _____ TF

Easymate -kannettava _____ TF

Easymate 6+6 -kannettava _____ TF

TILAUSOHJE

Haluan tilausvahvistuksen sähköpostiini

Tilauslomake ja lääkemääräys SV1 toimitetaan Woikoski Medicalille sähköpostilla tai faksilla.

Huomioitethan, että sähköinen resepti ei käy.

Lisätietoa _____

Asiakkaan allekirjoitus _____