



Arzt (Stempel)

Datum :

Lieferung und Vermietung von medizinischen Geräten (Insufflation / exsufflation)

() Trainingseinheiten pro Tag

mit ohne

O2-Konzentrator

O₂-Dosis : _____ L/Min.
Dauer: _____ Minuten nach jeder Sitzung

Informationen oder spezielle Einstellungen :

Name / Vorname

Geburtsdatum

Adresse :

Telefon :

VERORDNUNG SENDEN AN:

SOS OXYGENE (SUISSE) SA

Galgenfeldweg 13^e, CH-3006 BERN

Tel. : 031 376 00 00 Fax : 031 376 00 02 E-Mail : bern@sosoxygene.ch

