



Timbre du médecin prescripteur :

Date :

Merci de bien vouloir mettre fin au traitement par :

- CPAP
- OXYGENOTHERAPIE LIQUIDE OXYGENOTHERAPIE CONCENTRATEUR OXYGENOTHERAPIE GAZ
- VNI / RESPI
- autre :

Concerne le (la) patient(e) :

Date de naissance : / / Ville :

Date effet : Immédiat à la date de reprise (sous 10 jours)

commentaires ci dessous :

VEUILLEZ RENVoyer LE FORMULAIRE DUMENT REMPLI A:

SOS OXYGENE (SUISSE) SA

Galgenfeldweg 13^e, CH-3006 Berne

Tél : 031 376 00 00 Fax : 031 376 00 02 E-mail : bern@sosoxygene.ch

