

Hjemmesug

Bestilling af transportabelt sug



Patientoplysninger:

CPR nummer: _____
Navn: _____
Adresse: _____
Postnr. og by: _____
Tlf.: _____
Rekv. afdeling: _____ Tlf.: _____
Ord. hospital: _____

Supplerende oplysninger:

Sugtype:

Stærkt sug (op til 800kPa/8 bar)

Svagt sug (op til 300kPa/3 bar)

Brugsvejledning udleveret

Antal sugkatetre udleveret:

ch 10 *bu*et 53cm sort: _____

ch 10 *lige* 53cm sort: _____

ch 12 *bu*et 53cm hvid: _____

ch 12 *lige* 53cm hvid: _____

ch 14 *bu*et 53cm grøn: _____

ch 14 *lige* 53cm grøn: _____

ch 16 *bu*et 53cm orange: _____

ch 16 *lige* 53cm orange: _____

Forventet ugentlig forbrug af katetre: _____ sugeposer: _____

Udfyldt af:

Læge/sygeplejerske: _____ Dato: _____

Instruks for bestilling hjemmesug:

Linde Healthcare kontaktes telefonisk på **70 104 103** for oprettelse af patient og aftale om levering. Derefter udfyldes ordinationen og sendes til healthcare.dk@linde.com som sikker mail.

Linde: Living healthcare

Linde Gas A/S

Linde Healthcare, Lautruphøj 2 -6, 2750 Ballerup, Danmark

Tel. +45 70 104 103, healthcare.dk@linde.com,

www.linde-gas.dk

20.01.2020