

FORMBLATT

FÜR PATIENTENOPTIMIERTE ANPASSUNG VON PRIMEDISTOM® TRACHELKANÜLEN



Halberstadt Medizintechnik GmbH
Straße des 20. Juli 1
D-38820 Halberstadt

① HINWEIS: Bitte die Angaben so detailliert wie möglich angeben, da sonst keine Bearbeitung möglich ist.

Kundennummer:			
Außendienstmitarbeiter:			
Artikel - Beschreibung			
Art.-Nr.		Kommission:	
Art.-Bezeichnung:		Stückzahl:	
Länge Außenkanüle:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Kurz	<input type="checkbox"/> Lang
Cuff:	<input type="checkbox"/> mit Cuff	<input type="checkbox"/> ohne Cuff	
Konnektor an Außenkanüle:	<input type="checkbox"/> ohne (kombinierbar mit verschiedenen Innenkanülen)	<input type="checkbox"/> mit festem 15 mm Konnektor (nur ohne Innenkanüle)	<input type="checkbox"/> mit festem 22 mm Konnektor (nur ohne Innenkanüle)
Länge der Trachealkanüle (Außenkanüle):		Maße:	
		A = Länge über Außenbogen	mm
		B = Abstand Schild-Siebung	mm
		C = Länge Siebung in	mm
		D = Länge über Mittelbogen	mm
Siebung der Aussenkanüle:			
<input type="checkbox"/> Gesiebt		<input type="checkbox"/> Ohne	
Spezifikation Innenkanülen:			
Anschlussmöglichkeiten	Gefenstert	Ohne	sonstiges
Ohne Konnektor			
15mm Konnektor			
Drehbarer 15 mm Konnektor (nur bei gecufften Varianten)			
22 mm Konnektor			
Silbersprechventil (nur bei ungecufften Kanülen)		wird nicht angeboten	

FORMBLATT

FÜR PATIENTENOPTIMIERTE ANPASSUNG VON
PRIMEDISTOM® TRACHELKANÜLEN



Halberstadt Medizintechnik GmbH
Straße des 20. Juli 1
D-38820 Halberstadt

Weitere Details:

Rezeptfeld:

(Bitte Rezept hier anheften/ einfügen)

Ort / Datum:

Unterschrift (Arzt):
+ Stempel (Klinik, Arztpraxis)