

# FORMBLATT

## FÜR PATIENTENOPTIMIERTE ANPASSUNG VON SILVER 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.

<b>Kundennummer:</b>				
<b>Außendienstmitarbeiter:</b>				
<b>Artikel - Beschreibung</b>				
<b>Art.-Nr.:</b>				
<b>Art.-Bezeichnung:</b>		<b>Stückzahl:</b>		
<b>Kanülenform:</b>	<input type="checkbox"/> Konisch	<input type="checkbox"/> Zylindrisch		
<b>Kanülenart:</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Halbflexibel	<input type="checkbox"/> Flexibel	
<b>Form des Kanülenschildes:</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Klein		
<b>Obturator:</b>	<input type="checkbox"/>			
<b>Vergoldung:</b>	<input type="checkbox"/>			
<b>Länge der Trachealkanüle (Aussenkanüle):</b>				
<b>Maße:</b>	A = Länge über Außenbogen			mm
	B = Abstand Schild-Siebung/ Fensterung			mm
	C = Länge Siebung/ Fensterung in			mm
	D = Länge über Mittelbogen			mm
<b>Siebung/ Fensterung der Aussenkanüle:</b>				
<input type="checkbox"/> Gesiebt		<input type="checkbox"/> Gefenstert		<input type="checkbox"/> Ohne
<b>Spezifikation Innenkanülen:</b>				
Anschlussmöglichkeiten	Gesiebt	Gefenstert	Ohne	sonstiges
Standard				
15mm Konnektor				
22 mm Konnektor				
Sprechventil Standard				
Sprechventil Standard O2				
Sprechventil rund				
Sprechventil rund O2				
Sprechventil eckig				
Geschlossen				

# FORMBLATT

## FÜR PATIENTENOPTIMIERTE ANPASSUNG VON SILVER 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)