



Ændringer af udstyr - flow

Patientoplysninger:

CPR-nr.:	
Navn:	
Adresse:	
Postnr. og by:	
Tlf. nr.	
Hjemstedshospital:	

Supplerende bemærkninger /alternativ adresse.

--

Ændringer:

Dato for ændringer:	<input type="text"/>	Ændring af Flow: <input type="checkbox"/>
Liter ilt pr. minut:	<input type="text"/>	Ændring af varighed Timer pr. døgn: <input type="text"/>
Ordinerende læge:	<input type="text"/>	
Ordinerende sygehus + afdeling:	<input type="text"/>	
Bestilt af:	<input type="text"/>	
Ønskes leveret den:	<input type="text"/>	Kl. ca.: <input type="text"/>
Evt. pårørende / kontaktperson	Telefon nr.:	<input type="text"/>

Udstyr:

- Iltkoncentrator
- Mobilt udstyr
- Stationær ilt / 10 l. flaske
- Flydende ilt (efter aft. med læge / iltsygeplejerske)
- Udstyr bedes låst
- Fugteflaske bedes monteret
- Horton

Bemærkninger:

--

Sendes til:

Denne ordination mail / faxes til Medical Danmark A/S

ilt@medical.dk • FAX: 66 10 90 43 • TLF. 70 20 46 18

Ordinationen skal endvidere vidersendes til hjemstedssygehuset og iltsygeplejersken.

Send ilt-ordinationen automatisk ved at klikke på  øverst i højre hjørne.