

Beställningsblankett resor utanför Sverige

Information				
Kundnr* (tex. 920012345):			Dagens datum*:	
Sjukhus*:			Tfn*:	
Ansvarig sköterska*:			Fax:	
E-mail*:				
Patientinformation				
Namn*:				
Mobil*:				
Semesterinformation				
Semesteradress*:				
Kontaktperson*:			Tfn*:	
E-mail:			Varaktighet antal hela veckor och därutöver dagar*:	
Ankomstdatum*:				
Leveransdatum:				
Patientens behandlingstyp (kryssa i) CAPD <input type="checkbox"/> APD <input type="checkbox"/> Medical cert. bifogas <input type="checkbox"/>				
Patienten är informerad att ta med sig en reserv av CAPD-vätskor. Ja <input type="checkbox"/>				
Beställning dialyslösningar				
Apotekets varunummer	FMC artikelnummer	Produktnamn*	Storlek/volym påsar*	Antal påsar*
(Beställning förbrukningsvaror)				
Apotekets varunummer	FMC artikelnummer	Produktnamn*		Antal*
Om inga förbrukningsvaror beställts, tas dessa med av patienten.				
Faktureringsadress*:				
Kostnadsställe:				
Annan information:				

En fullständig beskrivning av hur vi behandlar dina personuppgifter kan du hitta i vår policy "Information om personuppgiftsbehandling" som du hittar [här].

