

ÅRSRESEPT CONOXIA®**100% medisinsk gass (Medisinsk oksygen)**

Fylles ut av person med rekvisisjonsrett for legemidler

KUNDEINFORMASJON

Navn		Kundenr	
Adresse	-----		
Epost		Telefon	

REKVIRENT

Navn		ID-nr (HPR)	
Adresse	-----		
Avdeling*			
Epost		Telefon	

LEGEMIDDELFORM: GASS

Navn	CONOXIA 100% medisinsk gass		Mengde/tidsperiode
	*MTnr. 06-4045 kryogen <input type="checkbox"/>	*MTnr. 06-4046 komprimert <input type="checkbox"/>	12 mnd

*Der dette er relevant

SIGNATUR REKVIRENT

SIGNATUR FARMASØYT (AGA)

Dato/signatur_____
Dato/signaturFerdig utfylt rekvisisjon returneres AGA AS, Linde Healthcare på hc@no.aga.com.

eller AGA AS, Linde Healthcare, Postboks 13 Nydalen, 0409 Oslo