

OPED Formulare di noleggio/prescrizione

Dati sull'assicurazione

- AINF (Assicurazione contro gli infortuni) CM (cassa malati)
 Si prega di segnare con una crocetta:
 Malattia Infortunio

Assicurazione/luogo

Assicurazione/luogo

Infortunio n°

Assicurato n°

Informazioni organizzative

Data d'operazione

Ospedale/Luogo

Data di dimissioni

Statura paziente

Prodotto:



| Designazione | N. articolo | Osservazione |
|---|-------------|--|
| <input type="checkbox"/> CAMOped apparecchio per la mobilizzazione del ginocchio (attivo) | CAMO-11-3 | Gradi d'estensione: Gradi di flessione: |



| Designazione | N. articolo | Osservazione |
|--|-------------|---|
| <input type="checkbox"/> CPM apparecchio per la mobilizzazione del ginocchio (passivo) | CPMK-01-1 | <input type="checkbox"/> sinistra <input type="checkbox"/> destra Gradi d'estensione: Gradi di flessione: |

Il modulo è valido come ordine e prescrizione. Si prega di inviare a: contact@oped.ch

(Compilato da OPED)

Lieferdatum

Instruktion

 Information Kosten Instruktionsspauschale.

Prescrizione medica

Informazioni del paziente (o etichetta adesiva con i dati del paziente)

Nome

Cognome

Via

CAP/Località

Telefono

E-Mail

Mobile

Indirizzo di consegna (se differente):

Nome

Cognome

Indirizzo

NPA/Località

- Data inizio terapia:
- Durata programmata della terapia: settimane
- Prolungamento per:

Dati del medico prescrivente

Codice cliente/Nome

Telefono

E-Mail

Timbro/Firma