

## ANFORDERUNG INFUSIONSBESTECK / KANÜLEN FÜR ORDINATIONSVERBRAUCH

Arzt-Name: \_\_\_\_\_

Arzt-VPNr.: \_\_\_\_\_

| Art-Nr. | Artikel                                                     | Artikel-Name | Stück pro Pkg. | Pkg. |
|---------|-------------------------------------------------------------|--------------|----------------|------|
| 3315    | Infusionsbesteck                                            | HSO Flow-P   | 10             |      |
|         |                                                             |              |                |      |
| 156     | Venenverweilkanüle steril, grün, Gauge 18<br>1,2 mm x 45 mm | Chiraflex    | 50             |      |
| 155     | Venenverweilkanüle steril, rosa, Gauge 20<br>1,0 mm x 32 mm | Chiraflex    | 50             |      |
| 328     | Venenverweilkanüle steril, blau, Gauge 22<br>0,8 mm x 25 mm | Chiraflex    | 50             |      |
|         |                                                             |              |                |      |
| 161     | Venenpunktionskanüle steril, gelb,<br>Gauge 19, 1,1 mm      | Ecoflo       | 100            |      |
| 160     | Venenpunktionskanüle steril grün,<br>Gauge 21, 0,8 mm       | Ecoflo       | 100            |      |
| 159     | Venenpunktionskanüle steril, blau,<br>Gauge 23, 0,6 mm      | Ecoflo       | 100            |      |
|         |                                                             |              |                |      |
|         |                                                             |              |                |      |
|         |                                                             |              |                |      |
|         |                                                             |              |                |      |
|         |                                                             |              |                |      |
|         |                                                             |              |                |      |
|         |                                                             |              |                |      |
|         |                                                             |              |                |      |
|         |                                                             |              |                |      |
|         |                                                             |              |                |      |

Stand: 6/2010

Datum: \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 (Unterschrift und Arztstempel mit VPNr.)