Bestellformular OXYTRAVEL™.
Der Linde-Reiseservice für Sauerstoffpatienten.

Bitte senden an

Linde Gas Therapeutics GmbH
Linde Healthcare
Mittenheimer Straße 62, 85764 Oberschleißheim
Fax +49 1802-274633
E-Mail DE.Urlaubsversorgung.lgt.de@linde.com

Kundendaten

Name, Vorname _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Geb.-Datum _____

Telefon _____

Kundennummer _____

Therapiedaten Flow _____ l/min _____ h/Tag _____

Aufenthalt (Urlaubsort)

Ort, Land _____

Adresse _____

Telefon (Urlaubsort)/Mobiltel. _____

Kontaktperson/Telefon _____

E-Mail _____

Ankunfts- und Abreisedatum _____

Besondere Hinweise
(z. B. persönliche Einschränkungen) _____

Bitte zutreffendes ankreuzen

Art der Versorgung	zuhause	unterwegs/Urlaubsort
Flüssigsauerstoff	☐	☐
Konzentrator	☐	☐
Druckgasflasche	☐	☐
Mobilkonzentrator	☐	☐

Wenn Sie nicht Ihre gewohnte Versorgungsform wählen, besprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt, ob das Gerät für Sie geeignet ist.

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift des Kunden

LGT-DE-Form-0938-00, Stand: Dezember 2021, Änderungen vorbehalten