

KLINIKK/ HØRESENTRAL	BRUKER
Navn:	Navn:
Audiograf:	Adresse:
Bestillingsdato:	Postnr.: Sted:
Ny time:	Fødselsdato:
Leveres: <input type="checkbox"/> Bruker <input type="checkbox"/> Klinik	NB! ALLE FELT MÅ FYLLES UT. BRUK BLOKKBOKSTAVER.

GENERISKE PROPPER

H	V	MATERIALE	H	V	MODELL	H	V	VENTILERING	V	H	V	LENGDE																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kanal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mm Innvendig mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kort																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Myk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kanal m/vinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mm Step vent mm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normal																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Keramisk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/2 skall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Åpen propp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lang																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thermotec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3/4 skall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tett propp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Merking																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Titan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1 skall																																		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/2 siluett																																		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3/4 siluett																																		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1/1 siluett																																		
H	V	BEND	H	V	LYDKANAL	<h3>ALLERGIBEHANDLING</h3> <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>V</th> <th>H</th> <th>V</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Nanolakk</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Farge nr.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Gullbelegg</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Symbol nr.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Jordbærpropp</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Diamant</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Tubelock +</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Glitter</td> </tr> </tbody> </table>						H	V	H	V	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nanolakk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farge nr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gullbelegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Symbol nr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jordbærpropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diamant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tubelock +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glitter
H	V	H	V																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nanolakk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Farge nr.																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gullbelegg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Symbol nr.																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jordbærpropp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diamant																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tubelock +	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glitter																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EH-bend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 mm																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		

MERKNADER

Blank area for notes.

Wessels vei 90,
7502 Stjørdal
Tlf.: 74 82 83 80
www.hørselslaben.no

Kan Hørselslaben endre ventilering uten å spørre?

JA Nei

Send meg ny ordrebok

Digitalt skjema (PDF) kan lastes ned på hørselslaben.no