



Bitte abschneiden,
komplett ausfüllen und an VIVISOL senden

PATIENTENDATEN

Name und Nachname: _____

Therapie: Flüssigsauerstoff Konzentrator

AUFENTHALT

Ort _____
_____ Bundesland _____

Adresse _____

Telefon am Ferienort: _____

Ankunftsdatum am Ferienort: _____

Abreisedatum vom Ferienort: _____

Anmerkungen: _____

Datum Unterschrift des Patienten oder eines Angehörigen
.....

Sichtvermerk des VIVISOL-Zentrums

