



Support

Anmeldung
 Schlafapnoe-Syndrom

Anmeldung für nächtliche Pulsoxymetrie

von bis

Personalien Name

Vorname

ID-Nummer

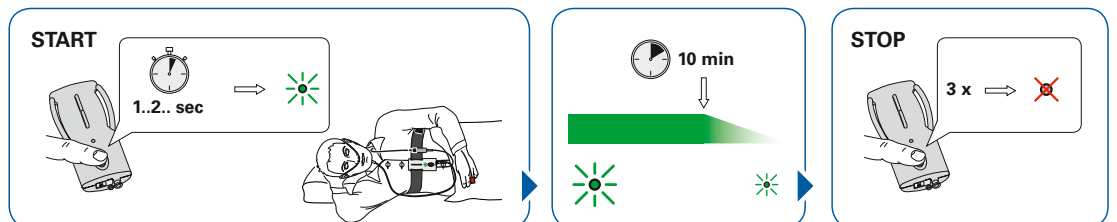
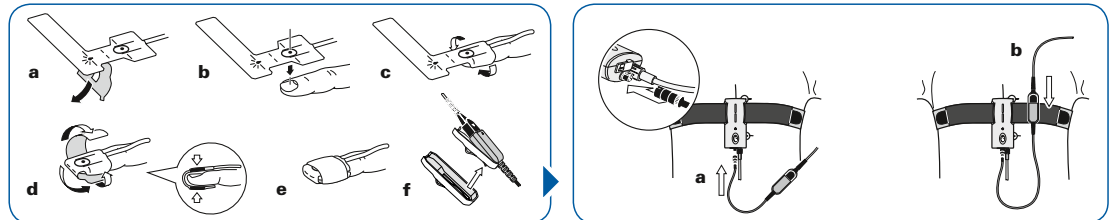
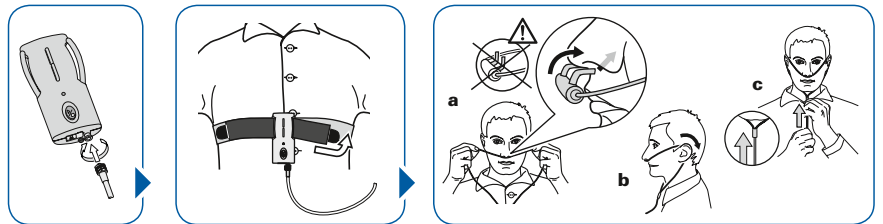
Geburtsdatum

Strasse

PLZ/Wohnort

Auftraggeber
 (Praxisstempel, Telefon, Fax)

RESMED
 ApneaLink™



Besten Dank für die klinischen Angaben.
 Bitte retournieren Sie uns die vollständig ausgefüllte Anmeldung:
 Laborgemeinschaft 1, Fax 044 404 20 88