

Anvisning

<hr/> BESTÄLLARENS NAMN	<hr/> PATIENTENS NAMN
<hr/> Adress	<hr/> Patientens personnummer Denna specialanpassade produkt är exklusivt framtagen för användning av patienten ovan.
<hr/> Postadress	<hr/> Datum
<hr/> Telefon	<hr/> Underskrift

<input type="checkbox"/> Provning	<input type="checkbox"/> Provning	<input type="checkbox"/> Provning	<input type="checkbox"/> Provning	<input type="checkbox"/> Färdig	
<input type="checkbox"/> Alumina	<input type="checkbox"/> Zirconium	<input type="checkbox"/> Mk	<input type="checkbox"/> Empress	<input type="checkbox"/> E-max	<input type="checkbox"/> Övrigt

ARBETSBESKRIVNING/ANVISNING

Avtrycket är desinficerat – Signatur

Färg

Skala

Förklaring

Vi försäkrar att produkten uppfyller de tillämpliga kraven i lagen (1993:584) om medicintekniska produkter samt kraven i bilaga 1 och 8 i Läkemedelsverkets Föreskrifter (LVFS 2003:11).

Arbetet utfört av

Arbetet godkänt av