Kod Zlecenia: _____ Nazwa Firmy: _____ Data Zamówienia: _____ Data Odbioru: _____

Adres do Wysyłki: _____ Numer Zamówienia: _____

Zamawiający: _____ Telefon kontaktowy: _____ E-mail: _____ ☐ Usługa VIP*

Formularz Zamówienia Wkładki Usznej i Aparatu Wewnątrzusznego

Typ zlecenia:

☐ Wkładka ☐ Aparat wewnątrzuszny

Rodzaj Zamówienia	L	P
Nowe	☐	☐
Reklamacja[1]	☐	☐
Naprawa	☐	☐
Korekta	☐	☐

Użyć wcześniej zeskanowanego wycisku[2] ☐ Tak

Ubytek słuchu	L	P
Lekki	☐	☐
Umiarkowany	☐	☐
Znaczący	☐	☐
Głęboki	☐	☐

Audiogram	Ucho	250	500	1K	2K	4K	6K
	L						
	P						

Zlecenia specjalne prosimy dopisać na dole strony - Instrukcje Specjalne.

[1] Do reklamacji z powodu problemów z dopasowaniem produktu zalecamy dostarczyć nowy wycisk razem ze zleceniem.

[2] Użyć poprzedniego skanu: numer wcześniejszego zlecenia: _____

Konfiguracje		L	P
Materiał	Twarda	☐	☐
	Miękka	☐	☐
	Bardzo miękka	☐	☐
Długość trzpienia	Krótki	☐	☐
	Standard	☐	☐
	Długi	☐	☐
Rodzaj wkł. RIE	Mikrowkładka	☐	☐
	Mikrowkładka z podparciem	☐	☐
Rodzaj wkł. Thin Tube	Mikrowkładka	☐	☐
	Mikrowkładka z podparciem	☐	☐

Słuchawka RIE (I gen.)	S	HP2	UP
Lewa	☐	☐	☐
Prawa	☐	☐	☐

Słuchawka RIE (SureFit)	LP	MP	HP	UP
Lewa	☐	☐	☐	☐
Prawa	☐	☐	☐	☐

Wkładka BTE	Koreczek	Koreczek z podparciem	Pełna	Ażurowa	Pazur	Podwójny Pazur
Lewa	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Prawa	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zatyczka przeciwwodna	Koreczek	Pełna
Lewa	☐	☐
Prawa	☐	☐

UWAGI I INSTRUKCJE SPECJALNE

Kolanka

☐ Podstawowe

☐ Z kołnierzem

☐ Mini

Wentylacja	L	P
Brak	☐	☐
0,8 mm	☐	☐
1,0 mm	☐	☐
1,2 mm	☐	☐
1,4 mm	☐	☐
1,6 mm	☐	☐
1,8 mm	☐	☐
2,0 mm	☐	☐
3,0 mm	☐	☐
Otwarta	☐	☐
Własna	☐	☐

Kolory

Twarde Akrylowe	Wkładki Miękkie	Wkładki Przeciwwodne
☐ ☐ Przeźroczysty	☐ Żółty	☐ Niebieski fluorescencyjny
☐ Różowy przeźroczysty	☐ Pomarańczowy	☐ Czerwony fluorescencyjny
☐ Beżowy	☐ Fioletowy	
	☐ Różowy	
	☐ Zielony	
	☐ Beżowy	
	☐ Czerwony	
	☐ Niebieski	
	☐ Niebieski przeźroczysty	
	☐ Różowy przeźroczysty	
	☐ Przeźroczysty	

Uwaga: Kolory widoczne na ekranie lub po wydrukowaniu mogą nie odzwierciedlać prawdziwych odcieni. W celu uzyskania próbnika kolorów proszę skontaktować się ze swoim Opiekunem Klienta.

APARAT WEWNĄTRZUSZNY

Model:

Typ:

- ☐ IIC
- ☐ CIC
- ☐ ITC
- ☐ ITE
- ☐ MiH
- ☐ INNE (opis w uwagach)

Moc słuchawki:

- ☐ LP
- ☐ MP
- ☐ HP
- ☐ UP

Opcje:*

- ☐ Przycisk zmiany programów
- ☐ Potencjometr (VC)
- ☐ Przeciwpazur
- ☐ Dwa mikrofony
- ☐ Łączność bezprzewodowa (WL)
- ☐ Gumowanie

Wykonanie aparatu w tym montaż dodatkowych opcji zależy od fizycznych możliwości takich jak wielkość ucha pacjenta.

GNP Magnusson Aparatura Medyczna
Telefon: +48 89 651-06-82 E-mail: serwis@resound-polska.pl www.resound-polska.pl
Al. Obrońców Tobruku 1/1, 10-092 Olsztyn

WYŚLIJ WYPEŁNIONY FORMULARZ ZAMÓWIENIA

*Usługa VIP - wkładka lub aparat wewnątrzuszny wykonany w ciągu 3 dni roboczych (+ czas przesyłki). Dostępność usługi może być czasowo ograniczona o czym poinformuje Laboratorium po przyjęciu zgłoszenia. Standardowy czas wykonania zlecenia wynosi do 8 dni roboczych.