

Klinikk:
Audiograf:
Telefon/E-post:
Best.dato:
Lev.dato:

Brukernavn:
Fødselsdato:
Adresse:
Poststed:
Trygdekontor:

NB! Alle felter må fylles ut!

NB! Alle felter må fylles ut!

Propper

Marvel					Øvrige apparater				
		V	H				V	H	
SlimTip 4.0					SlimTip 3.0				
cShell 4.0					cShell 3.0				
SlimTip 4.0 Silicone					PowerSlimTip Naida / Sky				
SlimTip 4.0 Titanium					CROS Tip				
Vinge				(Ikke mulig på Silicone eller Titanium)	Vinge				
Silhuett				(Ikke mulig på Silicone eller Titanium)	Silhuett				
Receiver 4.0					Receiver 3.0				
	S	M	P	UP (kun til cShell)		xS	xP	xUP (kun til cShell)	
H					H				
V					V				

Receiver lengde					PowerSlimtube / CROS lengde				
	0	1	2	3		0	1	2	3
H					H				
V					V				

Ventilering

	m.m.
H	
V	

Merknader (apparattype må oppgis ved montering av slimtip):

Kontakt meg dersom apparatet ikke kan produseres som ønsket:

Navn:

E-post:

Tlf: