

REKVISISJON

bestilling WIDEX CROS

medisan

- du skal høre mye

Høresentral: _____

Dato: _____ Bestiller: _____

Etternavn: _____

Fornavn: _____

Adresse: _____

Postnr: _____ Poststed: _____

Fødselsdato: _____ Ny time: _____

Trygdekontor: _____

Merknader:

CROS adapter

TRÅDLØS CROS
WIDEX FASHION



Tynnslange

(må fylles ut)

H	V
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/>

TRÅDLØS CROS
WIDEX FUSION



S-receiver

(må fylles ut)

H	V
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

Bestilling av apparat til det andre øret (komplett sett)

Høyre Venstre

ITE

UNIQUE

U4-CIC

U4-XP

DREAM

D4-CIC

D4-XP

Vennligst fyll ut rekvisisjonen til AiØ.

BTE

UNIQUE

U4-FA

DREAM

D4-9

D4-FA

D4-FA P
(ikke på kontrakt)

Farge: _____

Dersom høreapparatet skal bestilles med custom propp, vennligst fyll ut rekvisisjonen til BTE.

RIC/RITE

UNIQUE

U4-PA

U4-FS

DREAM

D4-PA

D4-FS

Farge: _____

Dersom høreapparatet skal bestilles med custom propp, vennligst fyll ut rekvisisjonen til PASSION eller FUSION.

Receiver

S

M

P (kun FUSION)

Lengde

H	V
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/>

RC-DEX

TV-DEX

FM+DEX

COM-DEX

PHONE-DEX

UNI-DEX

CALL-DEX