

## 1. Kundeinformasjon (Viktig: Bruk BLOKKBOKSTAVER)

Veiledning

<b>Kundenummer:</b>		Agent eller revirent skriver revirentens kundenummer hos Nippon Gases Norge AS
<b>Kundenavn:</b>		Kontroller opplysninger. Skriv revirentens firma / institusjonsnavn slik navnet skal registreres hos Nippon Gases Norge AS. Hvis rekvisisjonen skal gjelde for flere kundenumre, legg ved oversikt over disse.
<b>Revirent:</b>		
<b>E-post revirent:</b>		

## 2. Bruksområde

Til mennesker		Sett kryss slik at det fremgår hvordan legemiddelet skal benyttes oppgi bruksområde. Legg eventuelt med beskrivelse.
Til dyr		
Til bruk i sykehus/klinikk		
Til bruk i egen praksis		
Til enkeltpasient (NB! Ikke oppgi navn)		
Til ikke-medisinsk bruk		

## 3. Legemiddel og form som revireres

Medisinsk lystgass Nippon Gases Scandinavia 100% flytende (MTnr.: 06-4613) Forventet gassmengde som vil bli bestilt: (Opplys estimert gassmengde som vil forbrukes i løpet av rekvisisjonens gyldighetsperiode). _____ kg		Sett kryss for det eller de legemidler som rekvisisjonen gjelder for: -Medisinsk lystgass (kondensert gass) på flaske -Bulk = Kryogen på stasjonær lagertank -LTOT = Langtids Oksygen Terapi = Flytende på pasientbeholder eller gassformig på gassflasker -Komprimert medisinsk oksygen og luft = på gassflaske
Medisinsk oksygen Nippon Gases Scandinavia 100% kryogen (bulk) (MTnr.: 06-4617)		
Medisinsk oksygen Nippon Gases Scandinavia 100% kryogen (LTOT) (MTnr.: 06-4617)		
Medisinsk oksygen Nippon Gases Scandinavia 100% komprimert (MTnr.: 06-4616)		
Medisinsk luft Nippon Gases Scandinavia 100% komprimert (MTnr.: 07-5594)		

## 4. Produsent

<b>Nippon Gases Norge AS</b> <b>Ringnesveien 50</b> <b>0915 Oslo</b> <b>Telefaks: 23 70 70 00</b>	
--	--

## 5. Indikasjon

	Indikasjoner som legemiddelet er godkjent for finnes i legemiddelets preparatomtale ( <a href="http://www.legemiddelverket.no">www.legemiddelverket.no</a> ). Pakningsvedlegg er tilgjengelig på <a href="http://www.nippongases.no">www.nippongases.no</a>
--	---

## 6. Varighet rekvisisjonen

12 mnd. fra rekvisisjonsdato: _____ Annet: _____	Rekvisisjonen utstedes for maksimalt 12 mnd. av gangen, og må deretter fornyes. Hvis behovet er kortvarig, kan varighet settes kortere enn 12 mnd.
---	--

## 7. Dato og revirentens signatur/stempel

	Ved bruk av medisinsk gass som angitt ovenfor til mennesker eller dyr, skal rekvisisjonen undertegnes av person med forskrivningsrett.
--	--

## 8. Revirentens HPR-nummer (gjelder kun for helsepersonell)

	Forskrivers ID-Nummer utstedt av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell påføres rekvisisjonen.
--	--

Rekvisisjonen sendes på mail til: [kundeservice@nippongases.com](mailto:kundeservice@nippongases.com)