

FLACHSTRICK MASSBESTELLUNG

VenoTrain® curaflow

221

Klinik



221

Erstversorgung Wechselsversorgung Folgeversorgung

Kundenname: _____ Kundennr.: _____

Ansprechpartner: _____

Bestelldatum: _____ Letzte Auftrags-Nr.: _____

Kommission: _____

Kostenvoranschlag Bestellung

Bauerfeind AG
Tel. 08 00 - 001 05 60
Fax 08 00 - 001 05 65

Österreich
Tel. +43 (0) 800 44 30 130
Fax +43 (0) 800 44 30 131

Schweiz
Tel. +41 (0) 56 485 82 42
Fax +41 (0) 56 485 82 59

Unterschrift/Firmenstempel: _____

Bein

Farben Creme* Caramel* Schwarz*
 Anthrazit Marine Bordeaux
 Royal Ocean Coral

Kompression Ccl1 Ccl2 Ccl3 Ccl4
 linkes Bein
 rechtes Bein
 Leibteil

Anzahl Paar _____ Stück _____
 mehrteilige Versorgung

* Farben Creme, Caramel und Schwarz als Klinikversorgung lieferbar.

Strumpf:

AD
 AG
 Beinstück _____
 porös unten

Abschluss:

Noppenhaftband
 breit (4,7 cm)
 schmal (2,5 cm)
 Streifenhaftband
 Hüftbefestigung
 seitlich schräger Abschluss
 Beinerhöhung vorn

Hose:

Hose AT
 Umstandshose ATU
 Einbeinhose ATE
 Leggin BT
 Leggin B1T
 Caprihose CT
 Bermuda ET
 Radlerhose FT

Taille Abschluss:

Noppenhaftband
 Taillenband
 Loch-/Durchziehgummi

Zusätze:

ohne Kniezone / Knieellipse
 Reißverschluss*
 Futterstoff*
 Haftbandstück innen* breit (4,7 cm)
 schmal (2,5 cm)

Damenzwickel:

Standard mit Wäscheschutz
 kompressiv offen

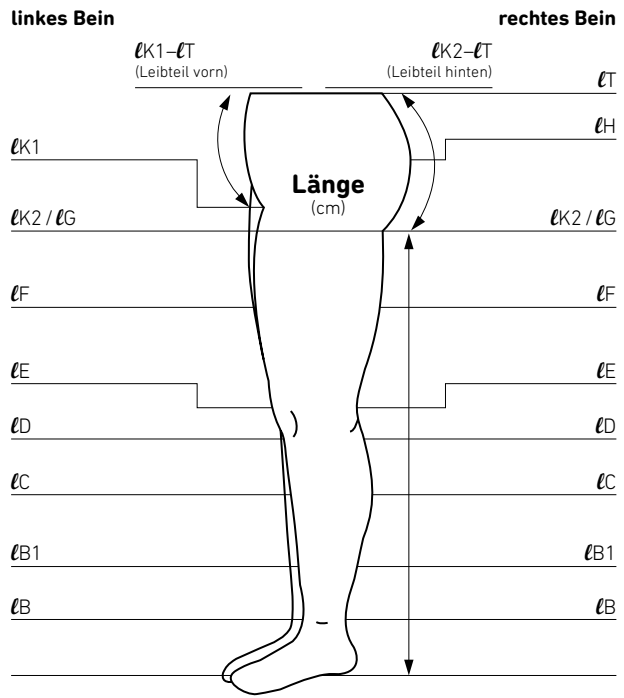
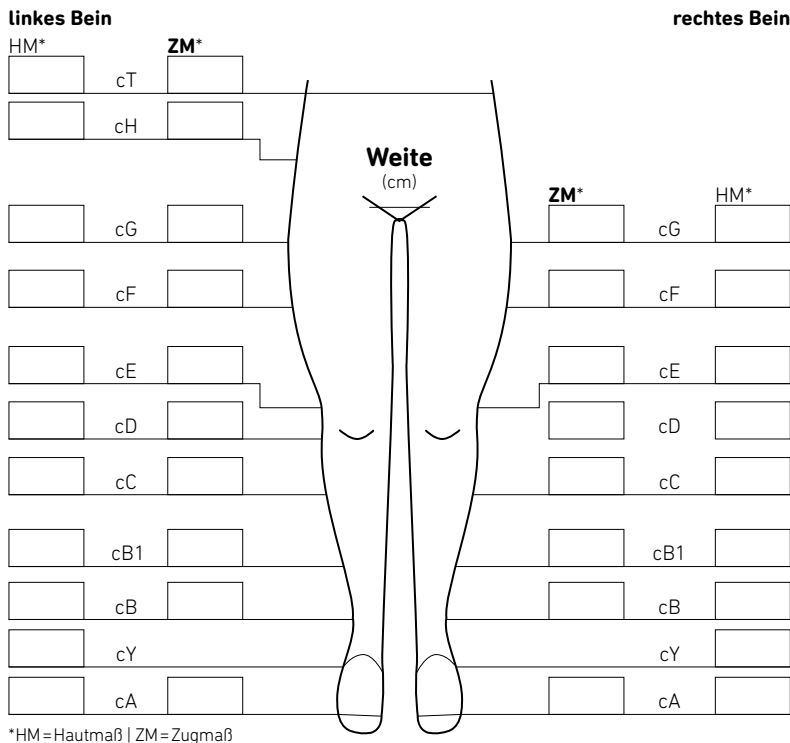
Herrenzwickel:

Standard mit Eingriff
 kompressiv

* Länge und Lage unter Sonderwünsche

Alle Angaben in cm. Für falsche Maßangaben haftet der Besteller. Sonderanfertigungen sind vom Umtausch ausgeschlossen. Gefertigt werden die angekreuzten Zusätze.

Sonderwünsche: _____



*HM = Hautmaß | ZM = Zugmaß

Druck-Pelotte:

links
 rechts
 medial
 lateral

Lymphpad

gerippt
 genoppt
 nur Tasche

Maßangaben für Druck-Pelotte

links: P1 _____ cm P2 _____ cm
 rechts: P1 _____ cm P2 _____ cm

provisorische Naht

Hallux links rechts

anatomischer Fuß

links rechts
 cA1 _____ cm cA1 _____ cm
 LA1* _____ cm LA1* _____ cm

* ist die Länge von Ferse bis Messpunkt cA1

linker Fuß **rechter Fuß**

LA außen _____ Länge _____ außen LA
 LAi innen _____ innen LAi
 LZ gesamt _____ gesamt LZ

Fuß gerade **Fuß schräg**

offen
 geschl.
 90° Ferse Spannerweiterung

