



Einwilligungserklärung zur Weitergabe von personenbezogenen Daten an den Hersteller liegt vor

**Patient**  
 Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  m  w  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

**Firmenanschrift**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Kostenvoranschlag  
 Kostenvoranschlag detailliert

An Fax/Email: \_\_\_\_\_

- Bestellung

**Lieferanschrift**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- Neuversorgung  
 Nachbestellung, Maßnr.: \_\_\_\_\_  
 Änderungen beachten  
 Lipödem  Lymphödem  
 Lip-/Lymphödem

**Anzahl**  
 \_\_\_ Stück  
 \_\_\_ Paar

- Artikel**  
 Zehenkappe  
 mit Strumpf in einem Stück (max bis D)  
 mit Strumpf getrennt  
 Kombinationsversorgung (überlappende Versorgung werden werkseitig berechnet)

- Material/Kompressionsklasse**  
 Poly  KKL II  
 Poly strong  KKL II  KKL III

- Farbe**  
 beige  
 caramel  
 schwarz

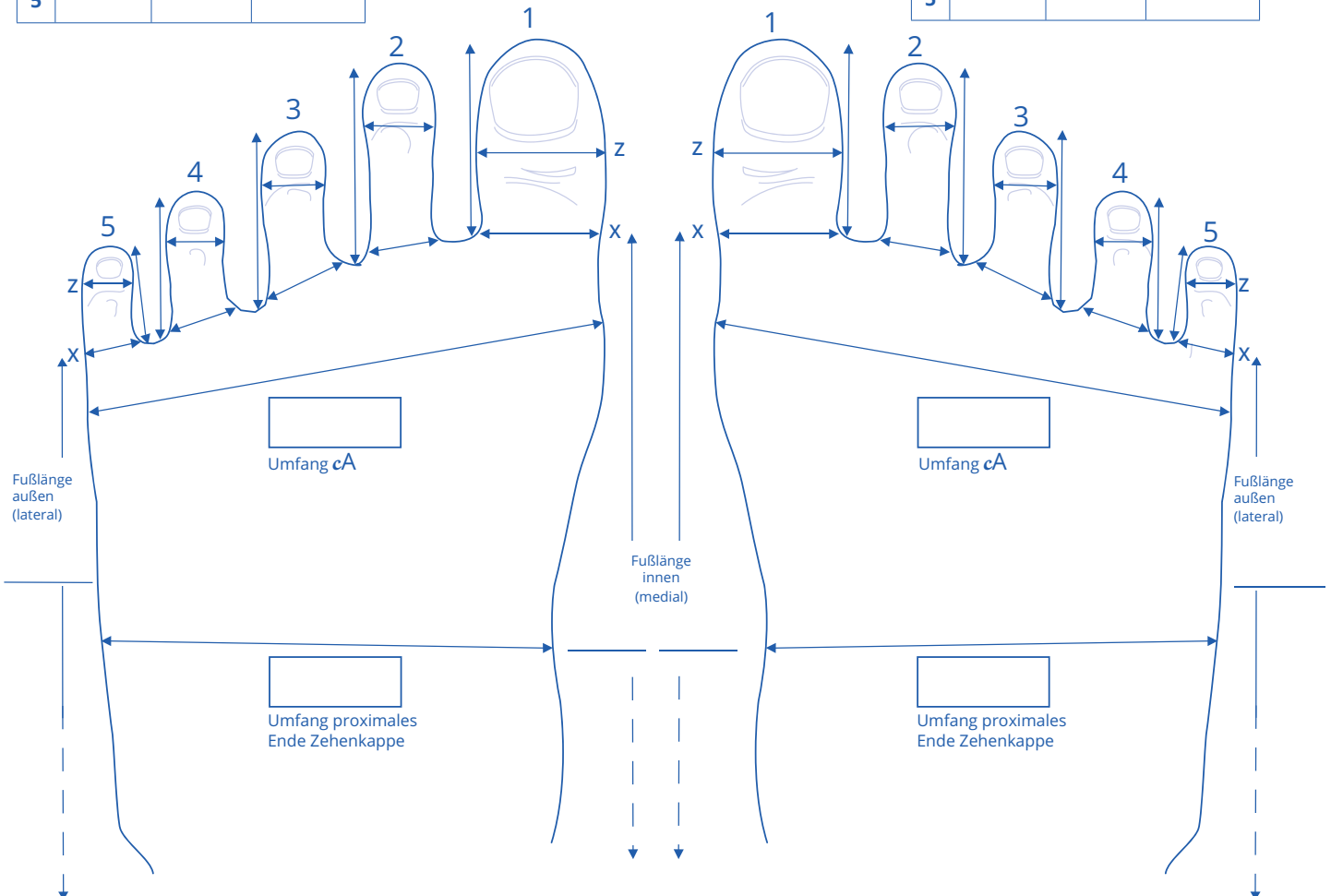
- Zehen**  
 offen  
 geschlossen

## Linker Fuß

	Umfang X	Umfang Z	Länge
1			
2			
3			
4			
5			

## Rechter Fuß

	Umfang X	Umfang Z	Länge
1			
2			
3			
4			
5			



Längenmaße Zehen bis zum Bandagenende messen!