



# LYMPHATREX®

Fax-Nr.: +49(0)6451 7212-980  
 massbestellung@thuasne.de

Einwilligungserklärung zur Weitergabe von personenbezogenen Daten an den Hersteller liegt vor

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

**Firmenanschrift**

- Kostenvorschlag**  
 **Kostenvorschlag detailliert**

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

- Bestellung**

**Lieferanschrift**

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

Ansprechpartner:in \_\_\_\_\_  
 Telefon \_\_\_\_\_  
 Kd.-Nr. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

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

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

- Material/Kompressionsklasse**  
 Support KKL 1  Poly KKL 2  
 Poly Strong KKL 2  Poly Strong KKL 3

- Farbe**  
 beige  caramel  
 schwarz  anthrazit  
 jeans  nachtblau  
 rot  mint

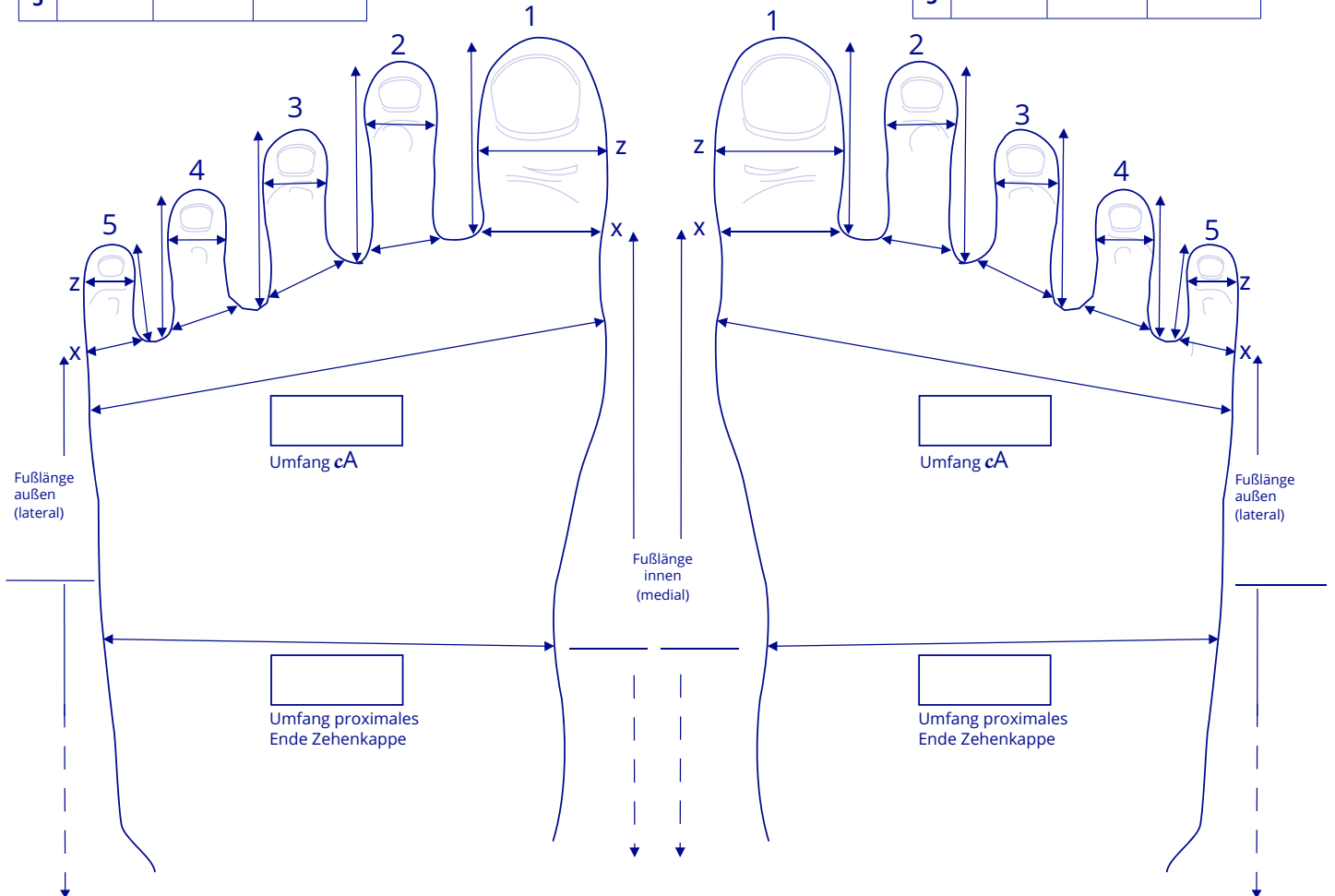
- Zehen**  
 offen  
 geschlossen

## 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!