



VENOFLEX

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: _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ, Ort: _____

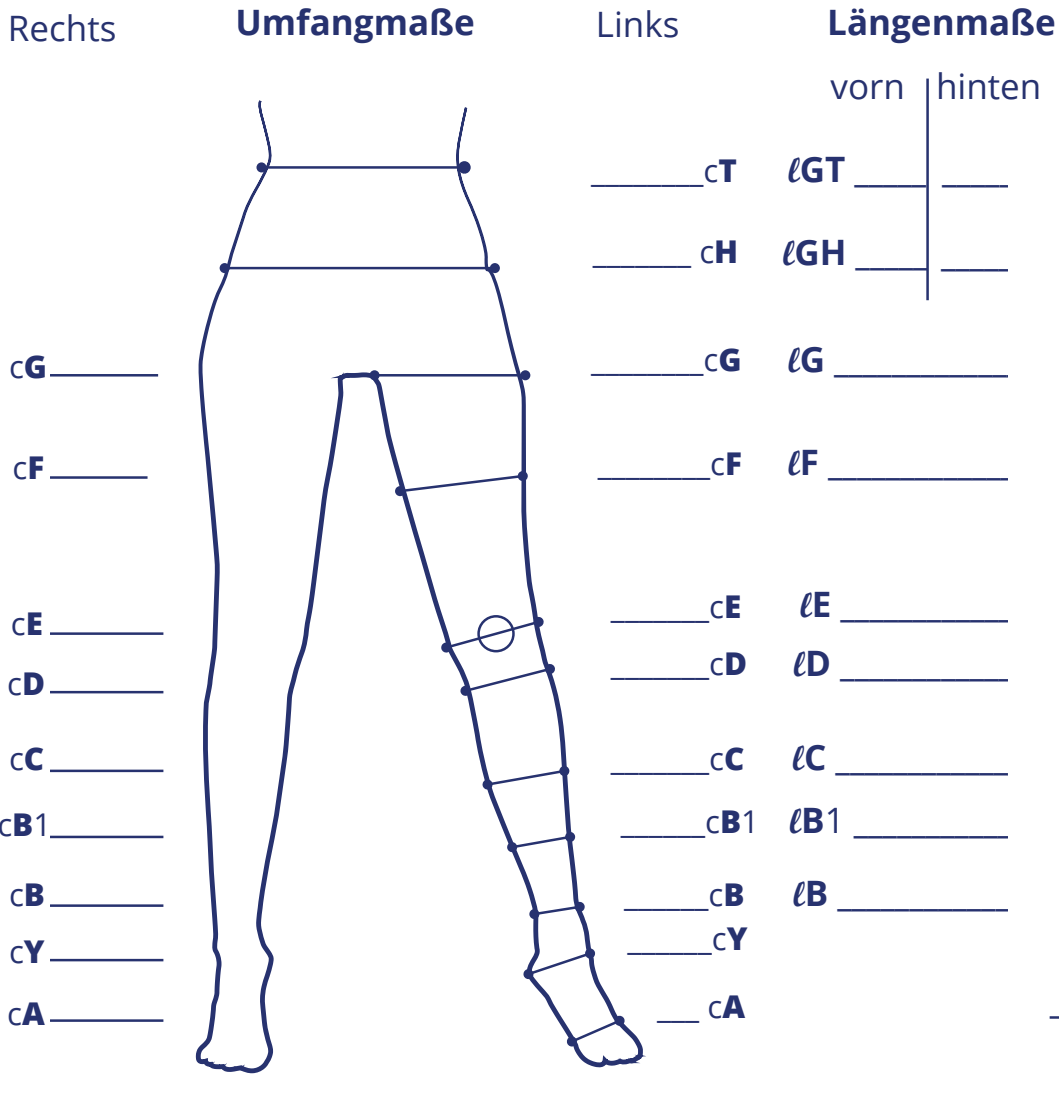
Firmenanschrift

Lieferanschrift

Ansprechpartner:in _____
 Telefon _____
 Datum _____

Maßnr.-Nachversorgung

Bemerkungen



Schuhgröße: _____

Fußlänge
 mit | ohne Spitze

Anzahl	Qualität	Farbe	Versorgung	KKL	Ausführung	Serienlänge	Haftband/Spitze
<input type="radio"/> Paar <input type="radio"/> Stück	<input type="radio"/> Elegance	<input type="radio"/> mode <input type="radio"/> caramel <input type="radio"/> hell <input type="radio"/> diamant <input type="radio"/> marine <input type="radio"/> schwarz	<input type="radio"/> Serie Größe: ____ <input type="radio"/> Maß	Serie: <input type="radio"/> 2 Maß: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> AD <input type="radio"/> AF* <input type="radio"/> AG <input type="radio"/> AG+ <input type="radio"/> AG/HT* <input type="radio"/> AT <input type="radio"/> AT/H* <input type="radio"/> AT/E* <input type="radio"/> AT/ES* <input type="radio"/> AT/U <small>*nur Maß</small>	AD: <input type="radio"/> kurz <input type="radio"/> lang AG; AG+: <input type="radio"/> kurz <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> lang AT; AT/U: <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> lang	Haftband: <input type="radio"/> Noppenhaftband 3 cm (für AD Maß) <input type="radio"/> Noppenhaftband 5 cm <input type="radio"/> Spitzenhaftband 5 cm Spitze: <input type="radio"/> offen <input type="radio"/> geschlossen
	<input type="radio"/> Micro	<input type="radio"/> mode <input type="radio"/> caramel <input type="radio"/> hell <input type="radio"/> schwarz	<input type="radio"/> Serie Größe: ____ <input type="radio"/> Maß	Serie: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 Maß: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2			