



Einwilligungserklärung zur Weitergabe von personenbezogenen Daten an den Hersteller liegt vor

Patient:in
 Name: _____ m w
 Vorname: _____ m w
 Geb.-Datum: _____
 Straße, Nr.: _____
 PLZ, Ort: _____

Firmenanschrift

Ansprechpartner:in _____

Telefon _____

Datum _____

Kostenvoranschlag an Fax/Email: _____

Bestellung

Lieferanschrift

Neuversorgung
 Nachbestellung, Maßnr.: _____
 Änderungen beachten

Interne Vermerke

- | | | | | |
|--|--|--|--|-------------------------------------|
| Anzahl
<input type="checkbox"/> Stück
<input type="checkbox"/> Paar | Artikel
<input type="checkbox"/> Fußkappe
<input type="checkbox"/> Zehenkappe
<input type="checkbox"/> mit Strumpf in einem Stück
<input type="checkbox"/> mit Strumpf getrennt | Material
<input type="checkbox"/> Nature gestrickt
<input type="checkbox"/> Nature gewebt
<input type="checkbox"/> Skin
<input type="checkbox"/> Rigid
<input type="checkbox"/> Silver | Farbe
<input type="checkbox"/> weiß ¹
<input type="checkbox"/> beige
<input type="checkbox"/> schwarz
<input type="checkbox"/> mint ¹
<input type="checkbox"/> jeans
<input type="checkbox"/> rosa
<input type="checkbox"/> rot ²
<input type="checkbox"/> trend ³
<input type="checkbox"/> anthrazit ⁴
<input type="checkbox"/> nachtblau ⁴
(¹ nicht Skin, ² nicht Nature gewebt, ³ nur Skin, ⁴ nur Rigid) | <input type="checkbox"/> Nähte bunt |
|--|--|--|--|-------------------------------------|

Besonderheiten

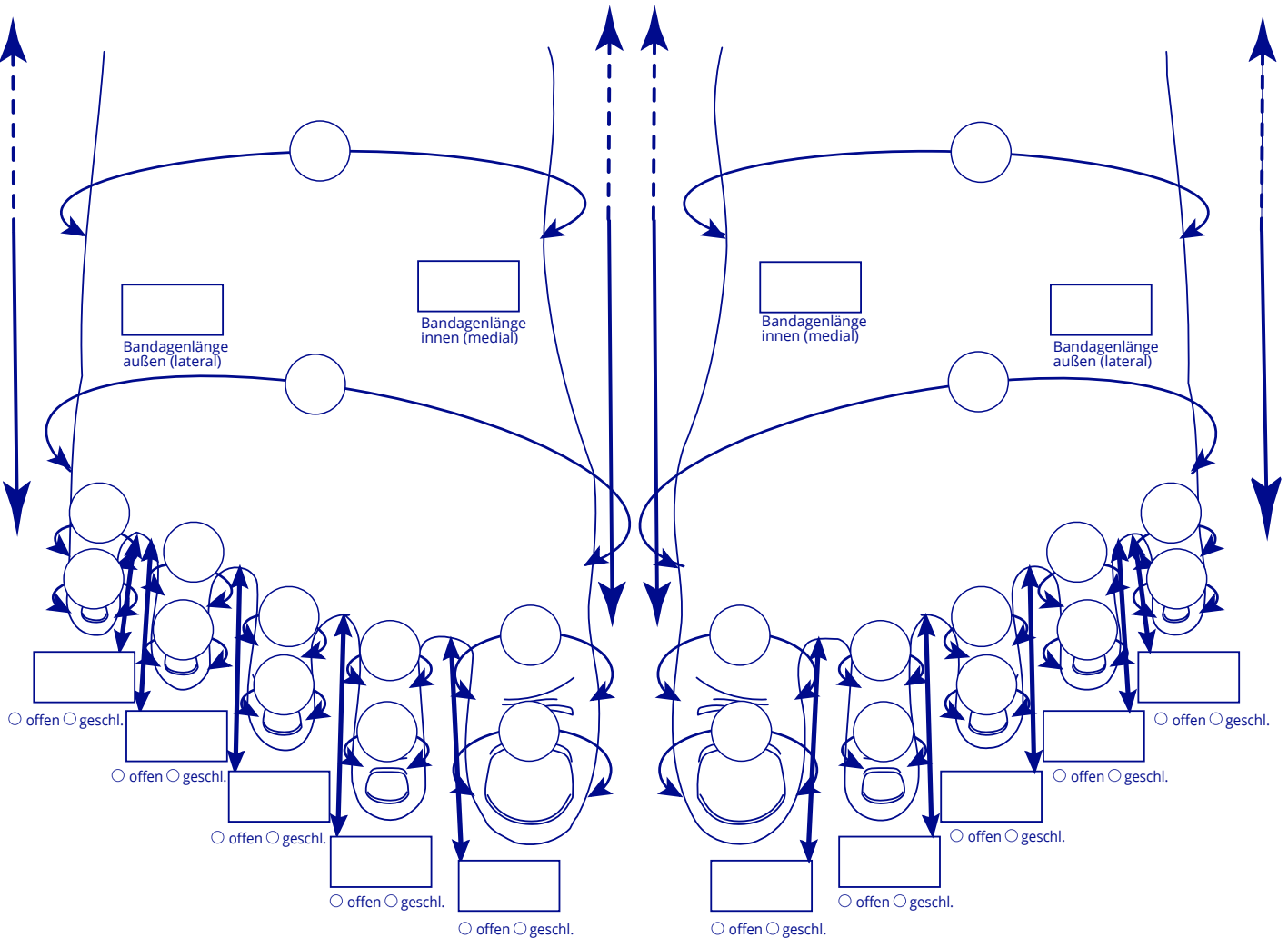
- Amputation
 Druckpelotte (einzeichnen)
 Memoryschaum (einzeichnen)
 Silon-TEX (einzeichnen)
 Zusätzliche Öffnung (einzeichnen)
 Kunstleder (einzeichnen)

Bügelbild:

- Eule
 Spinne
 Katze
 Hubschrauber

Rechter Fuß

Linker Fuß



- Spitze** offen geschlossen
 kompressionsfreier Steg (Zzf.: _____)
 Kompressionsnaht (Zzf.: _____)
 Zehenspreizer

- Spitze** offen geschlossen
 kompressionsfreier Steg (Zzf.: _____)
 Kompressionsnaht (Zzf.: _____)
 Zehenspreizer