

FLACHSTRICK MASSBESTELLUNG

VenoTrain® curaflow

221

Klinik



221



Erstversorgung Wechselversorgung Folgeversorgung

Kundenname: _____ Kundennr.: _____

Ansprechpartner: _____

Bestelldatum: _____ Letzte Auftrags-Nr.: _____

Kommission: _____

Kostenvoranschlag Bestellung

Unterschrift / Firmenstempel: _____

Bauerfeind AG
T 0800-001 05 60
F 0800-001 05 65
E info@bauerfeind.com

Österreich
T +43 (0) 800 44 30 130
F +43 (0) 800 44 30 131

Schweiz
T +41 (0) 56 485 82 42
F +41 (0) 56 485 82 59
E bestellung@bauerfeind.ch

Bein Kompression Ccl1 Ccl2 Ccl3 Ccl4 linkes Bein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> rechtes Bein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leibteil <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Farben <input type="checkbox"/> Creme* <input type="checkbox"/> Caramel* <input type="checkbox"/> Schwarz* <input type="checkbox"/> Anthrazit <input type="checkbox"/> Marine <input type="checkbox"/> Espresso <input type="checkbox"/> Royal <input type="checkbox"/> Wild Berry <input type="checkbox"/> Rich Olive <input type="checkbox"/> Deep Petrol <input type="checkbox"/> Flashy Papaya <input type="checkbox"/> Black Fire <input type="checkbox"/> Black Water Anzahl Paar _____ Stück _____ mehrteilige Versorgung** <input type="checkbox"/> * Farben Creme, Caramel und Schwarz als Klinikversorgung lieferbar. ** Bitte pro Versorgung ein Maßblatt ausfüllen				Strumpf: AD <input type="checkbox"/> AG <input type="checkbox"/> Beinstück _____ Abschluss: Noppenhaftband breit (4,7 cm) <input type="checkbox"/> schmal (2,5 cm) <input type="checkbox"/> Streifenhaftband <input type="checkbox"/> Mikronoppe <input type="checkbox"/> Hüftbefestigung <input type="checkbox"/> seitlich schräger Abschluss <input type="checkbox"/> Beinerhöhung vorn <input type="checkbox"/> porös unten <input type="checkbox"/>				Hose: Hose AT <input type="checkbox"/> Umstandshose ATU <input type="checkbox"/> Einbeinhose ATE <input type="checkbox"/> Leggin BT <input type="checkbox"/> Leggin B1T <input type="checkbox"/> Caprihose CT <input type="checkbox"/> Bermuda ET <input type="checkbox"/> Radlerhose FT <input type="checkbox"/> Taille Abschluss: Noppenhaftband <input type="checkbox"/> Mikronoppe <input type="checkbox"/> Taillenband <input type="checkbox"/> Loch-/Durchziehgummi <input type="checkbox"/>				Zusätze: ohne Kniezone / Knieellipse <input type="checkbox"/> Reißverschluss* <input type="checkbox"/> Futterstoff* <input type="checkbox"/> Haftbandstück breit (4,7 cm) <input type="checkbox"/> schmal (2,5 cm) <input type="checkbox"/> anatomisches Leibteil <input type="checkbox"/> Damenzwinkel: <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> mit Wäscheschutz <input type="checkbox"/> kompressiv Herrenzwinkel: <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> mit Eingriff <input type="checkbox"/> 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: _____

linkes Bein		rechtes Bein		linkes Bein		rechtes Bein	
HM*	ZM*			lK1-ET (Leibteil vorn)	lK2-ET (Leibteil hinten)	ET	ET
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
cT							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
cH							
		Weite (cm)	ZM*			Länge (cm)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
cG			cG	HM*			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
cF			cF				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
cE			cE				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
cD			cD				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
cC			cC				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
cB1			cB1				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
cB			cB				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
cY			cY				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
cA			cA				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

*HM=Hautmaß | ZM=Zugmaß

Druck-Pelotte:
 links
 rechts
 medial
 lateral

Lymphpad*
 gerippt
 genoppt provisorische Naht
 nur Tasche
 *Lage unter Sonderwünschen angeben

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 **Fuß** **rechter Fuß**
 lA außen _____ Länge _____ außen lA
 lAi innen _____ (cm) _____ innen lAi
 lZ gesamt _____ gesamt lZ
Fuß gerade **Fuß schräg**
 offen offen
 geschl. geschl.
 90° Ferse Spannerweiterung



Unterschrift Berater / Beraterin: _____

Unterschrift Kunde / Kundin: _____