

BESTELLBOGEN

Unterarmorthese / Daumenabduktionsorthese aus HTV Silikon

Firmenanschrift / Stempel:

Kundennummer:	
---------------	--

Kunden-/Patienten-Dokumentation:

Verantwortlicher Mitarbeiter: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Auftrag-Nr. Besteller:	
-------------------------------	--

Diagnose / Indikation: _____

Geburtsdatum: _____

Besonderheiten: _____

Versorgung:

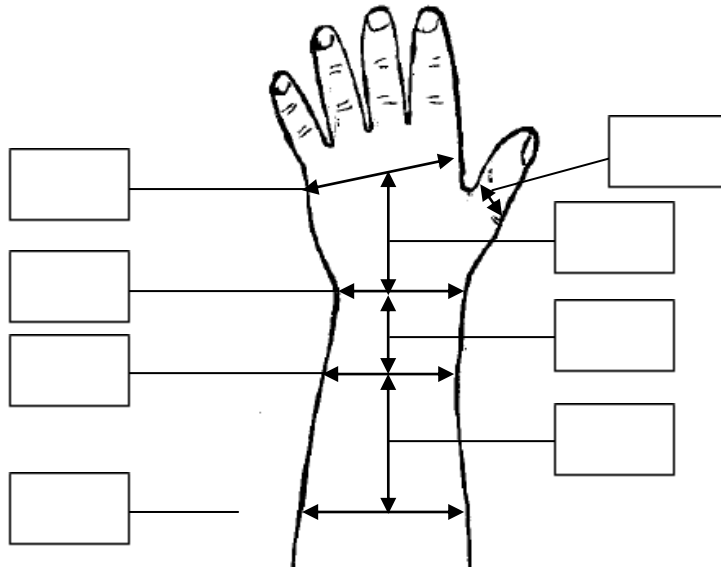
Unterarmorthese:	aus Shore: <input type="checkbox"/> 20° <input type="checkbox"/> 35°	
Daumenabduktionsorthese:	aus Shore: <input type="checkbox"/> 20° <input type="checkbox"/> 35°	
Volare Verstärkung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> aus Shore 65° <input type="checkbox"/> aus Prepreg <input type="checkbox"/> nein	
Farben: (Muster auf Anfrage)	Farbnummer Orthese:	Farbe Klettverschlüsse:

BESTELLBOGEN

Unterarmorthese / Daumenabduktionsorthese aus HTV Silikon

Maßblatt

links rechts



Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift