

# BESTELLBOGEN

## Bending Brace



### Firmenanschrift / Stempel:

Kundennummer:	

### Kunden-/Patienten-Dokumentation:

verantwortlicher Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

<b>Auftrag-Nr. Besteller:</b>	
-------------------------------	--

Diagnose / Indikation: \_\_\_\_\_

Name Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Versorgung:

<b>Versorgung:</b>	<input type="checkbox"/> Bending Brace
<b>Farbe:</b> (Muster auf Anfrage)	

# BESTELLBOGEN

## Bending Brace

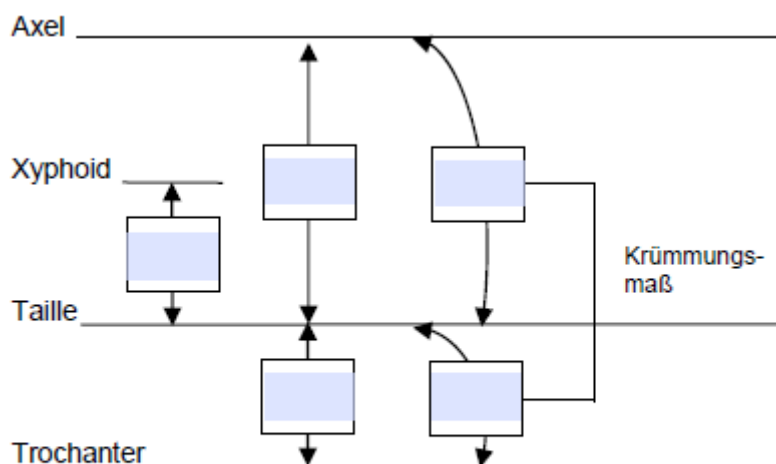
### Maßblatt

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

### Angaben

Primärkrümmung:  links  rechts  
 Orthesenkrümmung:  links  rechts  
 COBB-Winkel: lumbal  ° thorakal  °  
 Thorakalkrümmung:  links  rechts  
 Lumbalkrümmung:  links  rechts  
 Apex thorakal: Th-  Apex lumbal: L-

### Maße

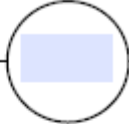
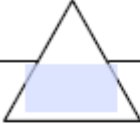

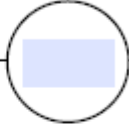
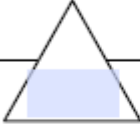

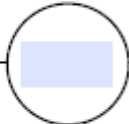
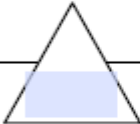

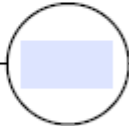
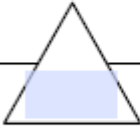

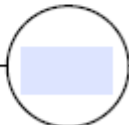
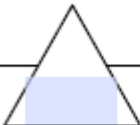

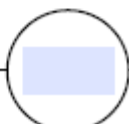




Das Krümmungsmaß des Patienten muss entgegengesetzt der Primärkrümmung abgenommen werden.



# BESTELLBOGEN

## Bending Brace

	Umfang	L-R	A-P
<b>Axel</b>			
<b>Xyphoid</b>			
<b>Untere Rippe</b>			
<b>Taille</b>			
<b>ASIS (Spina)</b> Bitte knöchernen Abstand messen			
<b>Trochanter</b>			

Verschlüsse: \_\_\_\_\_

Wunschtermin: \_\_\_\_\_

Spätester Liefertermin: \_\_\_\_\_

**Röntgenbilder bitte beilegen!**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift