

# BESTELLBOGEN

## Orthese für die untere Extremität

### Firmenanschrift / Stempel:

|               |
|---------------|
|               |
| Kundennummer: |

### Kunden-/Patienten-Dokumentation:

Verantwortlicher Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

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

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

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

Körpergewicht (ohne Hilfsmittel): \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

Aktivitätsgrad: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

---



---

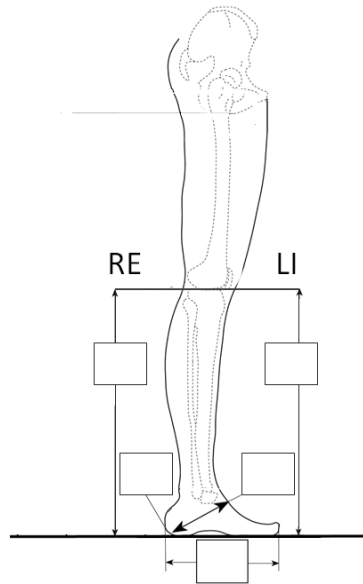
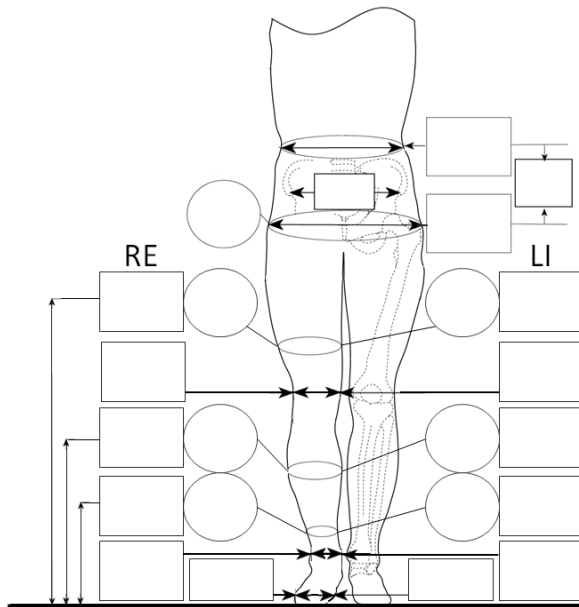
### Versorgung:

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                     |  |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|
| Versorgungshöhe:               | <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> beckenübergreifend<br><input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> links<br><input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> rechts |                                                     |  |
| Passteile:                     | Knöchel: _____<br>Kniegelenk: <input type="checkbox"/> gesperrt <input type="checkbox"/> freibeweglich<br>_____<br>Hüftgelenk: _____                                                                                                                         |                                                     |  |
| Farbe:<br>(Muster auf Anfrage) |                                                                                                                                                                                                                                                              | <b><u>Stoffmuster: Bitte Stoff mitschicken!</u></b> |  |
| Sohle:                         | <input type="checkbox"/> mit flexiblem Vorfuß <input type="checkbox"/> mit starrem Vorfuß                                                                                                                                                                    |                                                     |  |
| Polsterung:                    | Sind bei AFO und KAFO Gehorthesen eine Innenpolsterung erwünscht?<br>Bitte geben Sie die gewünschte Stärke an: _____ mm.                                                                                                                                     |                                                     |  |

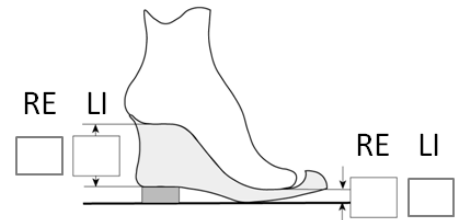
# BESTELLBOGEN

Orthese für die untere Extremität

## Maßblatt



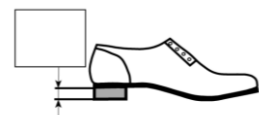
Verkürzung:



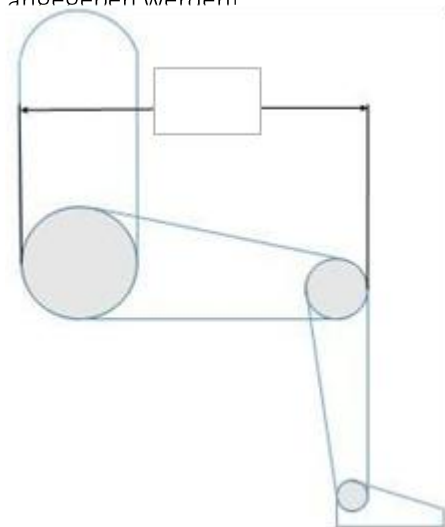
Schuhgröße:



Effektive Absatzhöhe:



Bei beckenübergreifender Versorgung muss das Sacrum-Patella-Maß angegeben werden!



Bemerkungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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

Spätester Liefertermin: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_