

Patientendaten:

Bitte vergeben Sie zur Sicherstellung der Rückverfolgbarkeit eine Patienten-ID bestehend aus:				
Geburtsdatum des Patienten:		den ersten zwei Buchstaben des Vornamens:		den ersten zwei Buchstaben des Nachnamens:
Beispiel: Max Mustermann, Geb.: 02.04.2024 = 02.04.2024 Ma Mu				
Diagnose:				
Körpergewicht (ohne Hilfsmittel):			Körpergröße (im Liegen gemessen):	
Aktivität: <input type="checkbox"/> gering <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> aktiv				
Das Modell wird zugesandt als:				
<input type="checkbox"/> Gipspositiv (fertig modelliert) <input type="checkbox"/> Gipsnegativ <input type="checkbox"/> Fräsdatensatz (STL ...) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____				

Versorgung untere Extremitäten:

Versorgung	Seite	Ausführung	Pasteile	Material
<input type="checkbox"/> HKAFO <input type="checkbox"/> KAFO <input type="checkbox"/> AFO	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Funktionsorthese <input type="checkbox"/> Lagerungsorthese	Hüfte: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Knie: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Knöchel: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> Faserverbundwerkstoff <input type="checkbox"/> Thermoplastischer Kunststoff <input type="checkbox"/> Silikon
Besonderheiten:				
Innenpolster	OS-Hülsen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	US-Hülsen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Abnehmbar	OS-Hülsen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	US-Hülsen / Fußteil: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Probeorthesen	AFO: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	KAFO: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Sonstiges				

Versorgung obere Extremitäten:

Versorgung	Seite	Ausführung	Pasteile	Material
<input type="checkbox"/> WHFO <input type="checkbox"/> WHO <input type="checkbox"/> HO	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Funktionsorthese <input type="checkbox"/> Lagerungsorthese	Ellenbogen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Handgelenk: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____	<input type="checkbox"/> Faserverbundwerkstoff <input type="checkbox"/> Thermoplastischer Kunststoff <input type="checkbox"/> Duraflex <input type="checkbox"/> Silikon
Besonderheiten:				
Innenpolster	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Probeorthesen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Sonstiges				

Versorgung	Ausführung	Zusätze
<input type="checkbox"/> TLSO	<input type="checkbox"/> Chêneau-Korsett <input type="checkbox"/> Bending <input type="checkbox"/> Semiflexibles Korsett	Sitzkante: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dorsale Carbonverstärkung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Standard bei semiflexiblen Korsetten) Weitere Carbonverstärkungen (auf Anfrage): <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> CO	<input type="checkbox"/> Schutzhelm	<input type="checkbox"/> Thermoplastischer Kunststoff <input type="checkbox"/> Faserverbundwerkstoff (Prepreg)

Ansprechpartner		Firma / Stempel
E-Mail	Telefon	