

BESTELLBOGEN

Orthese für die untere Extremität

Firmenanschrift / Stempel:

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

Kunden-/Patienten-Dokumentation:

Verantwortlicher Mitarbeiter: _____

Tel.: _____ Fax: _____

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

Diagnose / Indikation: _____

Körpergewicht (ohne Hilfsmittel): _____ Körpergröße: _____

Aktivitätsgrad: _____ Geburtsdatum: _____

Besonderheiten: _____

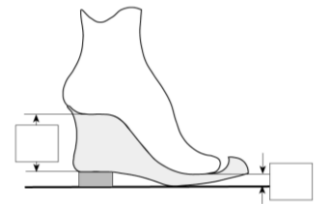
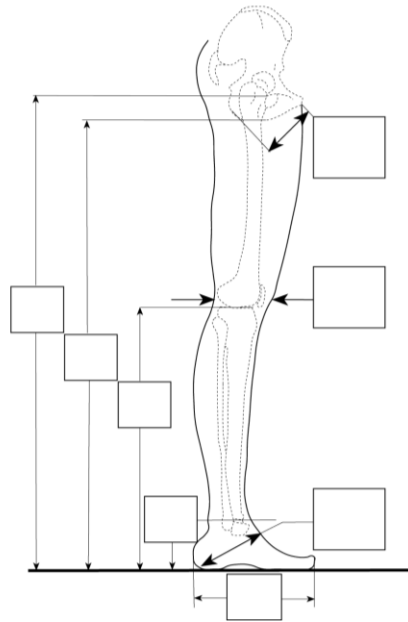
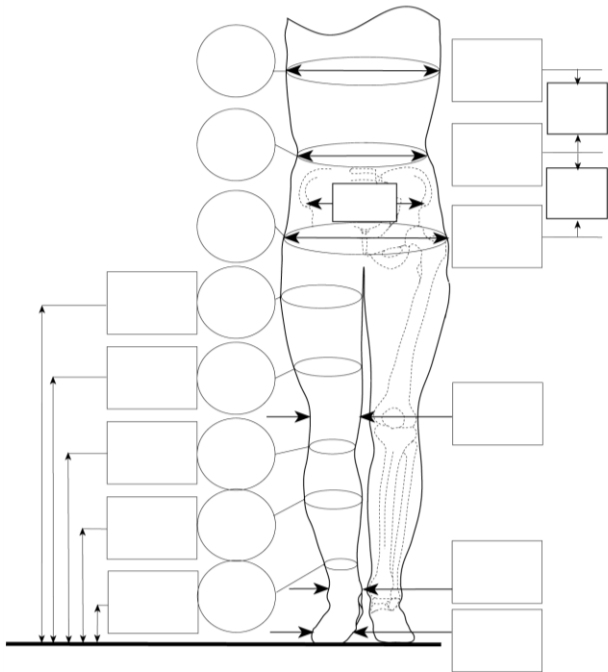
Versorgung:

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

BESTELLBOGEN

Orthese für die untere Extremität

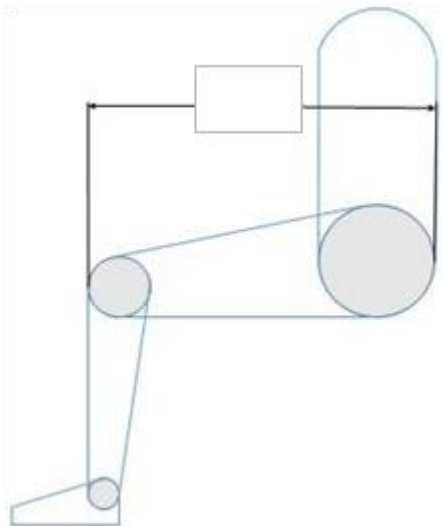
Maßblatt rechts links



Schuhgröße:

Effektive Absatzhöhe:

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



Bemerkungen:

Ort, Datum:

Unterschrift: