

Leverans till

Leverans till

Patientens namn och adress:

Måttagarens namn och arbetsplats:

Fakturaadress:

Kundnr: _____

Tel: _____
 Mobilnummer för sms-avisering: _____

Direkt tel/mob: _____

E-post: _____

Kundnr: _____ Ref.nr: _____

	Kompressionsklass		Utförande				Längd		Tådel		Storlek	
	1	2	AD	AG	AT	AT/U grav.	Normal	Kort	Öppen	Sluten	Standard-storlek	Mått-beställd
duomed basic												

Information

Datum: _____

Reorder **exakt** som föregående order (datum): _____

Häftband

- Noppor smalt (2,5 cm) endast AD
- Noppor endast AG

Färg: _____ Se färgöversikt

Antal

_____ St _____ Par

Artikelnummer (valfritt)

Omfångsmått Vänster ben (cm)	Omfångsmått Höger ben (cm)	Längdmått	
		Vänster	Höger
Längdmått byxdel (gren till midja)			
Fram: _____			
Bak: _____			
	eT	lT	
	eH	lH	
	eK		
eG	eG	lG	
eF	eF	lF	
eE	eE	lE	
eD	eD	lD	
eC	eC	lC	
eB ₁	eB ₁	lB ₁	
eB	eB	lB	
eY	eY		
eA	eA	lA	
		lZ	

Notera att bilden visar patienten bakifrån

Övriga önskemål

Inga anteckningar i denna ruta!