

Levereras till:

Levereras till:

Patientens namn och adress:

Förskrivarens namn och arbetsplats:

Fakturaadress:

Tel: _____
 Mobilnr för _____
 SMS-avisering: _____

Kundnr: _____
 Direkt tel/mob: _____

E-post: _____

Kundnr: _____ Ref.nr: _____

Måttagning arm Omfångsmått			Måttagning arm Längdmått			
Vänster i cm	Höger i cm		Vänster i cm	Höger i cm		
	55					
	50					
	45					
	40					
	35					
	30					
	25					
	20					
	15					
	10					
	05					
	eC Hand-led					
	eB Hand-flata					

Måttagning hand Omfångsmått			Måttagning hand Längdmått			
Vänster i cm	Höger i cm		Vänster i cm	Höger i cm		
	1eZ					
	1eX					
	2eZ					
	2eX					
	3eZ					
	3eX					
	4eZ					
	4eX					
	5eZ					
	5eX					
	eA					
	eC Hand-led					
	eB Hand-flata					

Tillval vid måttillverkning	Anteckningar
Juxta-Fit™ Essentials <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Handske <input type="checkbox"/> Handske med dorsum strap Ange vänster/höger samt antal nedan <input type="checkbox"/> Vänster arm ___ Antal <input type="checkbox"/> Höger arm ___ Antal <input type="checkbox"/> Vänster hand ___ Antal <input type="checkbox"/> Höger hand ___ Antal	_____ _____ _____

Övriga uppgifter

Datum: _____

Ny patient

Mått **exakt** som tidigare,
 Orderdatum: _____

Reorder med ändringar*
 Orderdatum: _____

* Specificera ändring till vänster