

Levereras till:

Levereras till:

Patientens namn och adress:

Måttagarens namn och arbetsplats:

Fakturaadress:

Tel:

Kundnr:

Mobilnr för

Direkt tel/mob:

SMS-avisering:

E-post:

Kundnr:

Ref.nr:

Omfångsmått ben			Längdmått ben		
Vänster	cm	Höger	Vänster	cm	Höger
	85				
	80				
	75				
	70				
	65				
	60				
	55				
	50				
	45				
	40				
	35				
	30				
	25				
	20				
	15				
	10				
	05				
	eE				
	eB				

OBS! Alltid 5 cm intervall mellan mått

Omfångsmått fot			Längdmått fot		
Vänster	cm	Höger	Vänster	cm	Höger
	eB			lP ₂	
	eY			lB	
	eH			lA-Y	
	eA			lA	

Made to measure leg options			Specialönskemål	Tillval vid måttillverkad fot
Juxta-Fit™ Premium <input type="checkbox"/> Underben <input type="checkbox"/> Underben med knä <input type="checkbox"/> Knädel <input type="checkbox"/> Lårdel <input type="checkbox"/> Lårdel med knä <input type="checkbox"/> Helben			<input type="checkbox"/> Knee cover _____ st <input type="checkbox"/> Shelf strap _____ st	Juxta-Fit™ Premium Ankle Foot Wrap <input type="checkbox"/> Integrerad <input type="checkbox"/> Separat
Graduate™ <input type="checkbox"/> Fotdel <input type="checkbox"/> Undeben <input type="checkbox"/> Helben			Anteckningar	Övriga uppgifter Datum: _____ <input type="checkbox"/> Ny patient <input type="checkbox"/> Mått exakt som tidigare, Orderdatum: _____ <input type="checkbox"/> Reorder med ändringar* Orderdatum: _____ * Specificera ändring till vänster