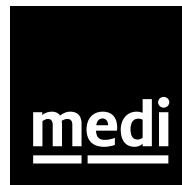


Spinomed® active men



Kundennummer _____

Stempel Sanitätshaus _____

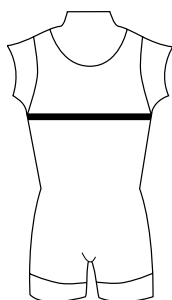
Gemessen hat _____

Telefonnummer für Rückfragen _____

Kommission (Bitte in Druckbuchstaben eintragen) _____

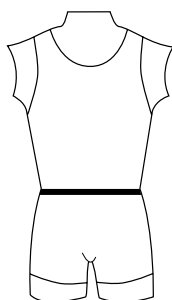
medi GmbH & Co. KG
 Medicusstraße 1
 95448 Bayreuth
 Germany
 T +49 921 912-313
 F +49 921 912-57
 medi@medi.de
 www.medi.de

Erstversorgung Folgeversorgung ohne Rückenschiene Patient trägt bereits Spinomed active men in Größe _____



Brustumfang
über stärkste Stelle der Brust

_____ cm



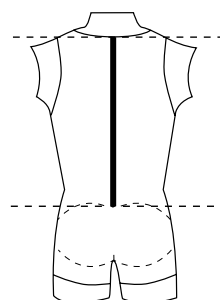
Tailenumfang
waagrecht um die Taille

_____ cm



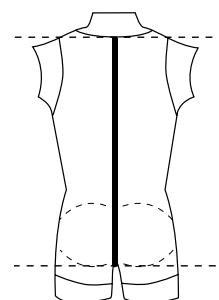
Gesäßumfang
stärkste Stelle des Gesäßes

_____ cm



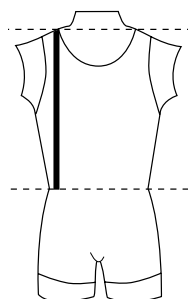
Rückenhöhe 1
C7 bis Pofalte am Rücken anliegend

_____ cm



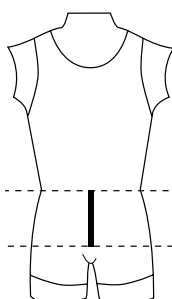
Rückenhöhe 2
ab C7 anliegend, aber ab Pofalte hängend bis Gesäßabschluss

_____ cm



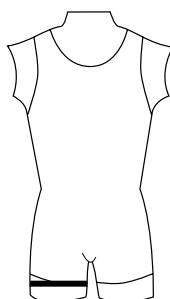
Länge Schultermitte bis Taille
am Körper anliegend messen

_____ cm



Länge Taille bis Schambein
am Körper anliegend messen

_____ cm



Oberschenkelumfang
bitte die weiteste Stelle am Oberschenkel messen

_____ cm

Zusatzangaben (bitte komplett ausfüllen):

- | | | | | |
|---|--|---|-----------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> normaler Rücken | <input type="checkbox"/> normaler Leib | <input type="checkbox"/> normales Gesäß | Größe des Patienten | _____ cm |
| <input type="checkbox"/> starker Rundrücken | <input type="checkbox"/> Hängeleib | <input type="checkbox"/> flaches Gesäß | Alter des Patienten | _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> Hohlkreuz | <input type="checkbox"/> Kugelbauch | <input type="checkbox"/> starkes Gesäß | Gewicht des Patienten | _____ kg |
| <input type="checkbox"/> Besonderheiten (z.B. zusätzliche Krankheiten): _____ | | | | |

(Patientendaten werden im Rahmen des Datenschutzes vertraulich behandelt)

Datum _____ Unterschrift Sanitätshaus _____

medi. ich fühl mich besser.

Kundennummer _____

Stempel Sanitätshaus _____

Gemessen hat _____

Telefonnummer für Rückfragen _____

Kommission (Bitte in Druckbuchstaben eintragen)

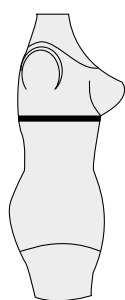
medi GmbH & Co. KG
 Medicusstraße 1
 95448 Bayreuth
 Germany
 T +49 921 912-313
 F +49 921 912-57
 medi@medi.de
 www.medi.de

Bitte mit angezogenem BH messen.

Für das Modell Spinomed active ohne Cup werden nur die grau hinterlegten Maße benötigt!

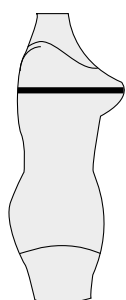
Farbe: schwarz (erhältlich mit Cup) champagner (erhältlich mit/ ohne Cup) Patientin trägt bereits Spinomed active in Größe _____

mit Cup ohne Cup **Zwickel:** Haken/Ösen Klett/Flausch Erstversorgung Folgeversorgung ohne Rückenschiene



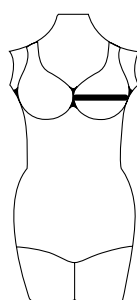
Unterbrustumfang
 waagrecht/direkt
 unter der Brust

_____ cm



Brustumfang
 über stärkste Stelle
 der Oberweite

_____ cm



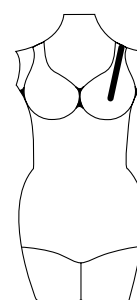
Brustquermaß
 vom Brustbein über
 Brustmitte bis Ende
 Brust

_____ cm



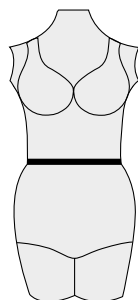
Untere Brusthöhe
 von Unterbrust bis
 Brustmitte

_____ cm



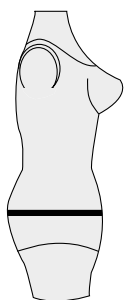
Schulter-Brust-Maß
 anliegend von
 Schultermitte bis
 Brustmitte

_____ cm



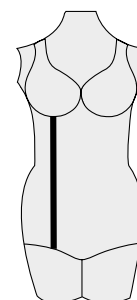
Taillenumfang
 waagrecht um
 die Taille

_____ cm



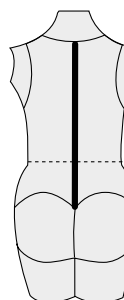
Gesäßumfang
 stärkste Stelle
 des Gesäßes

_____ cm



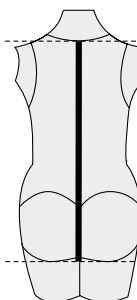
Vordere Höhe
 senkrecht anliegend
 von Unterbrust bis
 Schenkelbeuge

_____ cm



Rückenhöhe 1
 C7 bis Pofalte am
 Rücken anliegend

_____ cm



Rückenhöhe 2
 ab C7 anliegend, aber
 ab stärkster Stelle
 Gesäß hängend bis
 Gesäßabschluss

_____ cm

Zusatzangaben (bitte komplett ausfüllen):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> normaler Rücken | <input type="checkbox"/> normaler Leib | <input type="checkbox"/> normales Gesäß |
| <input type="checkbox"/> starker Rundrücken | <input type="checkbox"/> Hängeleib | <input type="checkbox"/> flaches Gesäß |
| <input type="checkbox"/> Hohlkreuz | <input type="checkbox"/> Kugelbauch | <input type="checkbox"/> starkes Gesäß |
| <input type="checkbox"/> Besonderheiten (z.B. zusätzliche Krankheiten): | | |

Größe der Patientin _____ cm

Alter der Patientin _____ Jahre

Gewicht der Patientin _____ kg

BH-Größe der Patientin _____

(Patientendaten werden im Rahmen des Datenschutzes vertraulich behandelt)

Datum _____

Unterschrift Sanitätshaus _____

medi. ich fühl mich besser.