

Patientens namn och adress:

Måttagarens namn och arbetsplats:

Fakturaadress:

Tel:

Direkt tel/mob:

Tersonnr:

E-post:

Ref.nr:

Omfångsmått vänster ben **Omfångsmått höger ben**

eT

eH

eK

eG

eF

eE

eD

eC

eB₁

eB

eY

eA

eG

eF

eE

eD

eC

eB₁

eB

eY

eA

Längdmått

eK₁.T

eH

eK₁

vänster eG höger

eF

eE

eD

eC

eB₁

eB

eK₂.T

eK₂

eKnäveck

vänster höger

Var god ange önskad ellipsform under "Tillval"

Kvalitet	KKL	1	2	3	4	Färg	Antal	Fot	Vä / Hö
<input type="checkbox"/> mediven® sensoo (KKL 2) <input type="checkbox"/> mediven® mondi (KKL 1, 2, 3) <input type="checkbox"/> mediven® 550 (KKL 1, 2, 3, 4)	Byxdel <input type="checkbox"/> Vänster ben <input type="checkbox"/> Höger ben <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sand <input type="checkbox"/> Marinblå <input type="checkbox"/> Caramel <input type="checkbox"/> Siena <input type="checkbox"/> Svart <input type="checkbox"/> Antracite	<input type="checkbox"/> Par _____ <input type="checkbox"/> Styck _____	<input type="checkbox"/> Sluten tå <input type="checkbox"/> Öppen tå <input type="checkbox"/> Soft toe (endast mediven® 550)	eZ: _____ / _____ cm (total längd) eai: _____ / _____ cm (inermått) eaa: _____ / _____ cm (yttermått)
Modell		Avslut		Tillval		Midjeavslut		Grenkil	
<input type="checkbox"/> Knästrumpa (AD) <input type="checkbox"/> Enbent strumpbyxa (ATE) <input type="checkbox"/> Lärstrumpa (AG) <input type="checkbox"/> Leggings (BT) <input type="checkbox"/> Strumpbyxa (AT) <input type="checkbox"/> Capribyxa (CT) <input type="checkbox"/> Herrstrumpbyxa (ATH) <input type="checkbox"/> Cykelbyxa (ET/FT) <input type="checkbox"/> Gravid. strumpbyxa (ATU) <input type="checkbox"/> _____		Snedskuret (standard) Alternativt avslut <input type="checkbox"/> Extra snedskuret <input type="checkbox"/> Rakt		<input type="checkbox"/> Extra stickning vid Y (1 cm) <input type="checkbox"/> Ellipsform (knä) _____ cm <input type="checkbox"/> Ökad lårlängd fram <input type="checkbox"/> _____ cm porös		<input type="checkbox"/> Perforerat band <input type="checkbox"/> Midjeband <input type="checkbox"/> Stickat		<input type="checkbox"/> Trikå <input type="checkbox"/> Nät <input type="checkbox"/> Kompressiv	

Fastsättning

Profilhäftband (5 cm)
 Häftband noppor Smalt 2,5 cm Brett 5 cm
 Häftband noppor med motiv (5 cm)
 Höftdel/midjeband Vänster Höger

Övriga tillägg

_____ cm häftband längs snedskärning vid "G" (standard 15 cm)
 _____ cm häftband över knä (standard 8 cm)
 _____ cm häftband vid bakre söm (standard 8 cm)

Var vänlig och ange/rita ut exakt position

Lymphpad Fodertyg Ficka
 Levamedpelletter **Vänster** inre yttre **Höger** inre yttre

Speciella önskemål

Övrig information

Datum: _____

Beställningen faxad
 Vill ha nyheter via e-post
 Ny patient
 Reorder med ändringar
 Reorder **exakt** som tidigare (datum): _____

Levereras till:
 Måttagare Patient

2010-10 Patientuppgifter behandlas konfidentiellt