



Patientens namn och adress:

Förskrivarens namn och arbetsplats:

Fakturaadress:

Tel:

Direkt tel/mob:

Personnr:

E-post:

Ref.nr:

<p>Omfångsmått vänster ben</p> <p>eT <input type="text"/></p> <p>eH <input type="text"/></p> <p>eK <input type="text"/></p> <p>eG <input type="text"/></p> <p>eF <input type="text"/></p> <p>eE <input type="text"/></p> <p>eD <input type="text"/></p> <p>eC <input type="text"/></p> <p>eB₁ <input type="text"/></p> <p>eB <input type="text"/></p> <p>eY <input type="text"/></p> <p>eA <input type="text"/></p>	<p>Omfångsmått höger ben</p> <p>eG <input type="text"/></p> <p>eF <input type="text"/></p> <p>eE <input type="text"/></p> <p>eD <input type="text"/></p> <p>eC <input type="text"/></p> <p>eB₁ <input type="text"/></p> <p>eB <input type="text"/></p> <p>eY <input type="text"/></p> <p>eA <input type="text"/></p>	<p>Längdmått</p> <p>Alla längdmått ska följa kroppens kontur. eK1 = Mät från golv till symfys eK2 = Mät från golv till glutealveck</p> <p>eK₁T <input type="text"/></p> <p>eH <input type="text"/></p> <p>eK₁ <input type="text"/></p> <p>vänster höger</p> <p><input type="text"/> eG <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> eF <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> eE <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> eD <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> eC <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> eB₁ <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> eB <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> eK₂T <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> eK₂ <input type="text"/></p> <p>vänster höger</p> <p><input type="text"/> eE₁ Knäveck</p> <p>vänster höger</p> <p>Obligatoriskt mått vid ellipsform, ange vinkel under Tillval</p>
---	--	--

Kvalitet <input type="checkbox"/> mediven® sensoo (KKL2) <input type="checkbox"/> mediven® mondi (KKL 1, 2, 3) <input type="checkbox"/> mediven® 550 (KKL 1, 2, 3, 4)	KKL Byxdel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vänster ben <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Höger ben <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Färg <input type="checkbox"/> Sand <input type="checkbox"/> Marinblå* <input type="checkbox"/> Caramel <input type="checkbox"/> Siena* <input type="checkbox"/> Svart <input type="checkbox"/> Antracite* * Ej mediven sensoo	Antal <input type="checkbox"/> Par _____ <input type="checkbox"/> Styck _____	Fot <input type="checkbox"/> Sluten tå <input type="checkbox"/> Öppen tå <input type="checkbox"/> Soft toe (endast mediven® 550)	Vä / Hö eZ: _____ / _____ cm (total längd)
					eAI: _____ / _____ cm (innermått) eA: _____ / _____ cm (yttermått) <input type="checkbox"/> Rak fot <input type="checkbox"/> Snedskuren fot

Utförande <input type="checkbox"/> Knästrumpa (AD) <input type="checkbox"/> Leggings (BT) <input type="checkbox"/> Lårstrumpa (AG) <input type="checkbox"/> Capribyxa (CT) <input type="checkbox"/> Strumpbyxa (AT) <input type="checkbox"/> Cykelbyxa (ET/FT) <input type="checkbox"/> Herrstrumpbyxa (ATH) <input type="checkbox"/> Annat utförande: _____ <input type="checkbox"/> Gravid. strumpbyxa (ATU) <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Enbent strumpbyxa (ATE)	Avslut Snedskuret är standard <input type="checkbox"/> Extra snedskuret <input type="checkbox"/> Rakt avslut	Tillval <input type="checkbox"/> Extra stickning vid Y (1 cm) <input type="checkbox"/> Ellips knä _____cm (2-8 cm) <input type="checkbox"/> Ökad lårlängd fram <input type="checkbox"/> _____cm poröst avslut <input type="checkbox"/> Positionsmarkering vid "D" <input type="checkbox"/> Förlängd fotsula	Midjeavslut Perforerat band är standard <input type="checkbox"/> Midjeband <input type="checkbox"/> Stickat avslut <input type="checkbox"/> Profilhäftband <input type="checkbox"/> Häftband noppor	Grenkil Trikå är standard <input type="checkbox"/> Nät <input type="checkbox"/> Kompressiv
---	--	--	---	--

Fastsättning <input type="checkbox"/> Profilhäftband (5 cm) <input type="checkbox"/> Häftband noppor: <input type="checkbox"/> Smalt 2,5 cm <input type="checkbox"/> Brett 5 cm <input type="checkbox"/> Häftband noppor med motiv (5 cm) <input type="checkbox"/> Höftdel/midjeband: <input type="checkbox"/> Vänster <input type="checkbox"/> Höger	Övriga tillägg <input type="checkbox"/> _____ cm häftband längs snedskärning vid "G" (standard 15 cm) <input type="checkbox"/> _____ cm häftband över knä (standard 8 cm) <input type="checkbox"/> _____ cm häftband vid bakre söm (standard 8 cm) Levamedpelletter Vänster <input type="checkbox"/> inre <input type="checkbox"/> yttre Höger <input type="checkbox"/> inre <input type="checkbox"/> yttre	Övriga uppgifter Datum: _____ Levereras till: <input type="checkbox"/> Förskrivare <input type="checkbox"/> Patient _____ <input type="checkbox"/> Ny patient <input type="checkbox"/> Reorder exakt som tidigare Orderdatum: _____ <input type="checkbox"/> Reorder med ändringar* Orderdatum: _____ * Ange ändring till vänster under Speciella önskemål
--	--	--

Fickor / Fodertyg

Lymphpad Fodertyg Tom ficka

Placering: _____

Storlek: _____ längd cm _____ bredd cm

Vänligen ange/rita ut exakt position

Speciella önskemål

Version 2012-01 Patientuppgifter behandlas konfidentiellt