

Patientens namn och adress:

Måttagarens namn och arbetsplats:

Fakturaadress:

Tel: _____

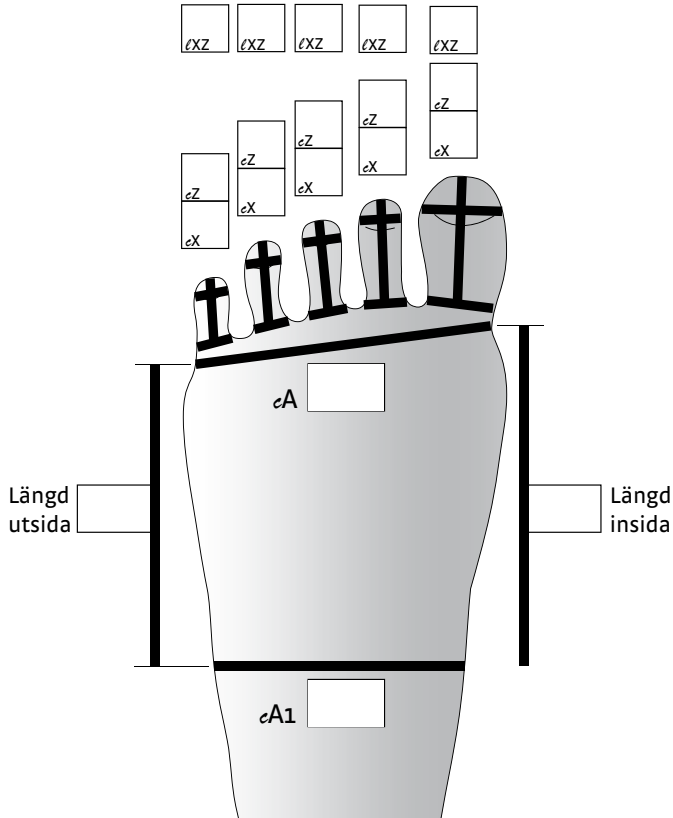
Direkt tel/mob: _____

Personnr: _____

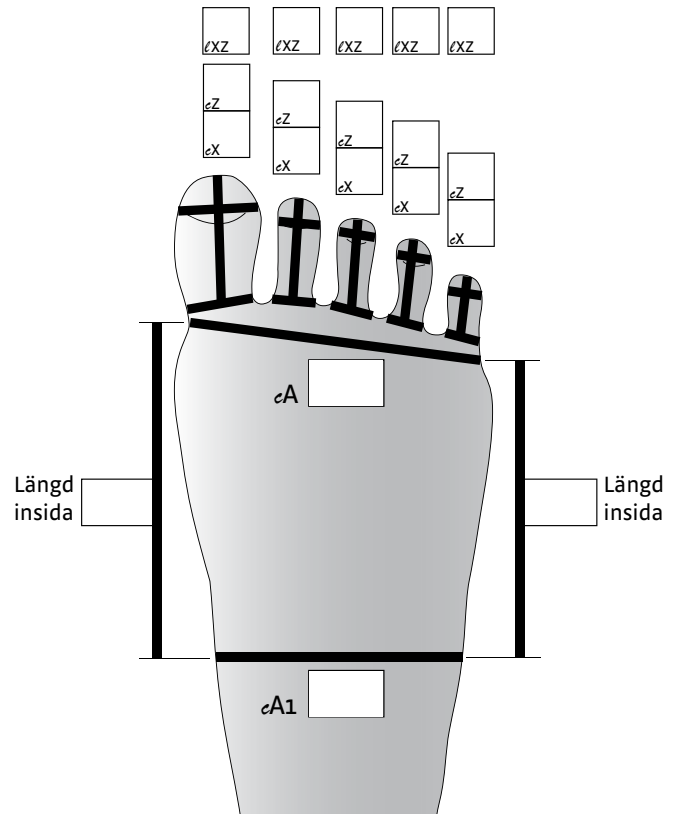
E-post: _____

Ref.nr: _____

Omfångs- och Längdmått Vänster



Omfångs- och Längdmått Höger



KKL	1	2	3	Färg	Antal vänster	Antal höger
Tåkappa mediven 550	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Caramel <input type="checkbox"/> Sand <input type="checkbox"/> Svart	_____ Styck	_____ Styck

Övriga tillval - vänster fot	Övriga tillval - höger fot
<input type="checkbox"/> Utan lilltå <input type="checkbox"/> Öppna tår <input type="checkbox"/> Slutna tår <hr/> <input type="checkbox"/> Lymphpad <input type="checkbox"/> Fodertyg <input type="checkbox"/> Ficka Var vänlig och ange exakt position (längd/bredd)	<input type="checkbox"/> Utan lilltå <input type="checkbox"/> Öppna tår <input type="checkbox"/> Slutna tår <hr/> <input type="checkbox"/> Lymphpad <input type="checkbox"/> Fodertyg <input type="checkbox"/> Ficka Var vänlig och ange exakt position (längd/bredd)

Speciella önskemål

Övrig information

Datum: _____
 Beställningen faxad
 Ny patient
 Reorder med ändringar
 Reorder **exakt** som tidigare
 (datum): _____
 Levereras till:
 Måttagare Patient