

# Beställningsblankett mediven® 550 thorax – bustier

medi

Patientens namn och adress:

Måttagarens namn och arbetsplats:

Fakturaadress:

Tel:

Direkt tel/mob:

Personnr:

E-post:

Ref.nr:

eR	cm	eS vänster	cm	eA	cm	eN	cm	eP vänster	cm
		eS höger	cm	eO	cm	eT	cm	eP höger	cm

  

eSU	cm	eUT	cm	eNT	cm	eST	cm
eSA	cm			eAT	cm		

KKL	1	2	Färg	Antal	Stängning	BH-storlek
Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Caramel	_____ Styck	<input type="checkbox"/> Blixtlås	_____
Ärmar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sand		<input type="checkbox"/> Hakar i dubbla rader	

**Armvarianter**

Längd  eGH  eG  G  H  H  eG  eGH

Omfång  eF  F  F  eF  eFG

Utan ärm

Med ärm t.o.m. mätpunkt "F" (ange mått)

Porös väv i ärmområdet "F"- "G"

Med separat armstrumpa (bifoga separat blankett med mått)

**Kupa**

Med integrerade kupor

Utan kupor

Endast en kupa  Vänster  Höger

Insydd ficka för bröstprotes  Vänster  Höger

**Övrig information**

Datum: \_\_\_\_\_

Beställningen faxad

Vill ha nyheter via e-post

Ny patient

Reorder med ändringar

Reorder **exakt** som (datum): \_\_\_\_\_

Levereras till:  Måttagare  Patient

**Detaljer för optimerad passform**

Diagnos \_\_\_\_\_

Opererad sida  Vänster  Höger

Datum för operation mån \_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_

Normal rygghöjd  Rund rygghöjd  Svankrygg

Normal bukform  Hängande buk  Rundad buk

Normal stussform  Flat stuss  Stor stuss

**Övriga tillägg**

Fodertyg i axillen

Mjuk avslutskant

Häftband nertill (silikonhäftband)

Öppning för stomi (Märks ut och tillverkas i efterhand)

Lymphpad  Ficka

Specifcera/rita exakt placering (längd/bredd)

**Speciella önskemål**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_