

Beställningsblankett mediven® 550 thorax – shirt

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	eT	cm	eP vänster	cm
		eS höger	cm	eO	cm	eH	cm	eP höger	cm
				eN	cm				

eSU	cm	eUT	cm	eAT	cm	eST	cm
eSA	cm	eUH	cm	eAH	cm	eSH	cm

KKL	1	2	Färg	Antal	Stängning
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

Höger **H** Vänster **H**

Längd eGH eG G G eG eGH

Utan ärm

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

Porös väv i ärmområdet "F"- "G"

Med separat ärmstrumpa (bifoga separat blankett med mått)

Övriga tillägg

Fodertyg i axillen

Mjuk avslutskant

Häftband nertill (silikonhäftband)

Öppning för stomi (Märks ut och tillverkas i efterhand)

Lymphpad Specificera/rita exakt placering (längd/bredd)

Fodertyg

Ficka

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

Speciella önskemål

Patientuppgifter behandlas konfidentiellt