

Beställningsblankett Fax: 08-626 68 70 mediven® flatstickat ben



Leverans till

Leverans till

Patientens namn och adress:

Måttagarens namn och arbetsplats:

Fakturaadress:

Tel: _____

Kundnr: _____

Direkt tel/mob: _____

Personnr: _____

E-post: _____

Kundnr: _____ Ref.nr: _____

Omfångsmått vänster ben

Omfångsmått höger ben

Löst mått Tight mått

eT

eH

eK

eG

eF

eE

eD

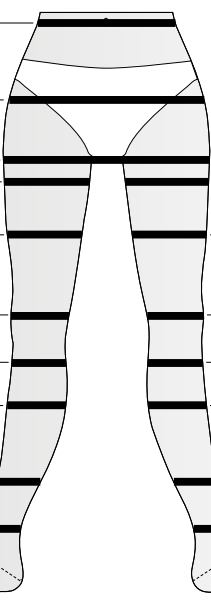
eC

eB₁

eB

eY

eA



Löst mått Tight mått

eG

eF

eE

eD

eC

eB₁

eB

eY

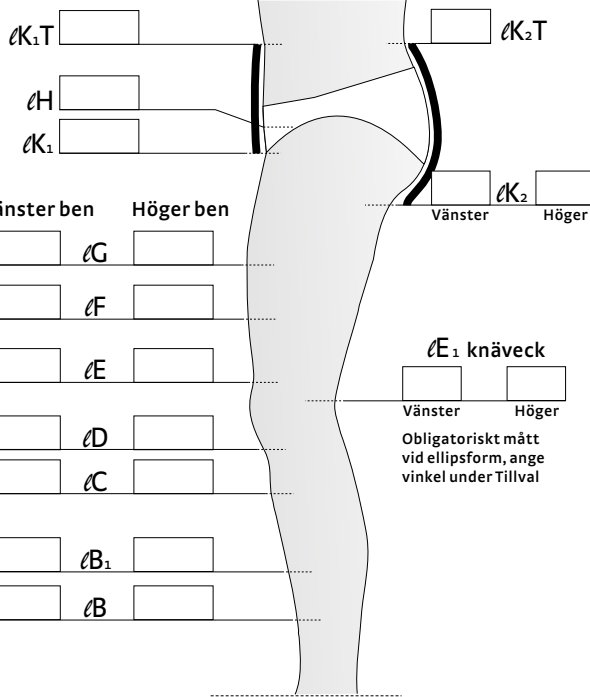
eA

Längdmått

Alla längdmått ska följa kroppens kontur.

eK1 = Mät från golv till symfys

eK2 = Mät från golv till glutealveck



Kvalitet	KKL	1	2	3	4	Färg	*Ej mediven sensoo	Antal	Fot	Vänster / Höger
<input type="checkbox"/> mediven sensoo (KKL 2)	Byxdel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sand	<input type="checkbox"/> Marinblå*	<input type="checkbox"/> Par _____	<input type="checkbox"/> Sluten tå	eZ: _____ / _____ cm (total längd)
<input type="checkbox"/> mediven mondi (KKL 1, 2, 3)	Vänster ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Caramel	<input type="checkbox"/> Brun*	<input type="checkbox"/> Styck _____	<input type="checkbox"/> Öppen tå	eAi: _____ / _____ cm (innermått)
<input type="checkbox"/> mediven 550 (KKL 1, 2, 3, 4)	Höger ben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Svart	<input type="checkbox"/> Antracite*		<input type="checkbox"/> Soft toe (mv 550)	eA: _____ / _____ cm (yttre mått)
						<input type="checkbox"/> Aqua*	<input type="checkbox"/> Magenta*		<input type="checkbox"/> Tåkappa	<input type="checkbox"/> Rak fot <input type="checkbox"/> Snedskuren fot

Utförande	Avslut	Tillval	Midjeavslut	Grenkil
<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)	Snedskuret är standard <input type="checkbox"/> Extra snedskuret <input type="checkbox"/> Rakt avslut	<input type="checkbox"/> Extra stickning vid Y (1 cm) <input type="checkbox"/> Ellips knä _____ cm (2-8 cm) <input type="checkbox"/> Ökad lårlängd fram (eK1 krävs) <input type="checkbox"/> _____ cm poröst avslut <input type="checkbox"/> Positionsmarkering vid "D" <input type="checkbox"/> Förlängd fotsula	Perforerat band är standard <input type="checkbox"/> Midjeband <input type="checkbox"/> Stickat avslut <input type="checkbox"/> Profilhäftband <input type="checkbox"/> Häftband noppor	Trikå är standard <input type="checkbox"/> Nät <input type="checkbox"/> Kompressiv

Fastsättning	Övriga tillägg	Övriga uppgifter
<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 vänster eT _____ cm <input type="checkbox"/> Höftdel/midjeband höger eT _____ cm	<input type="checkbox"/> _____ cm häftband längs snedskärning vid "G" (standard 15 cm) <input type="checkbox"/> _____ cm häftband ovan 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	Datum: _____ <input type="checkbox"/> Mått exakt som tidigare Orderdatum: _____ <input type="checkbox"/> Reorder med ändringar* Orderdatum: _____

Fickor / Fodertyg	Mönstrad design	Speciella önskemål
<input type="checkbox"/> Lymphpad <input type="checkbox"/> Fodertyg <input type="checkbox"/> Tom ficka Placering: _____ Storlek: _____ längd cm _____ bredd cm Vänligen ange/rita ut exakt position	<input type="checkbox"/> Diamonds* <input type="checkbox"/> Pearls* <input type="checkbox"/> Stripes* * Endast mediven 550	_____ _____ _____

10.2013 Patientuppgifter behandlas konfidentiellt