

Auftrag zur Maßanfertigung

BORT Aktiven Medizinische Kompressionsstrümpfe



Fax: 07151 99200-50 | E-Mail: medical@bort.com

Firma:		Maßanfertigungs-Nr: wird von BORT ausgefüllt
Kunden-Nr.:	Datum:	Ansprechpartner:
Telefon:		Telefax:
Lieferanschrift:		Unterschrift und Firmenstempel:

Kommission/Name Patient: _____ Frühere Maßnummer: _____

Ausführung	Qualität	Länge	Menge	Fußspitze	CCL	Abschluss (AD/AG)	Farbe
	VITAL	AD	Stück links	Offen	2	Trikotrand (AD)	Karamell (nur VITAL)
	100	AG	Stück rechts	Geschlossen		Noppenhaftband 2,5 cm (AD)	Schwarz
		AT	Paar			Noppenhaftband 5 cm (AD+AG)	Natur (nur 100)

Bitte beachten Sie, dass Maßanfertigungen grundsätzlich vom Umtausch ausgeschlossen sind.

Linkes Patientenbein

Rechtes Patientenbein

Längenmaße		Umfangmaße		Umfangmaße		Längenmaße	
Leibteillänge	vorn:						
	hinten:						
	ℓT	cT					
Längenmaße Bein	ℓH	cH					
	ℓK	cK					
	ℓG	cG			cG	ℓG	
	ℓF	cF			cF	ℓF	
	ℓE	cE			cE	ℓE	
	ℓD	cD			cD	ℓD	
	ℓC	cC			cC	ℓC	
	ℓB ¹	cB ¹			cB ¹	ℓB ¹	
	ℓB	cB			cB	ℓB	
	Längenmaße Fuß		cY			cY	
		cA			cA		
ℓA		Offene Spitze			Offene Spitze	ℓA	
ℓZ		Geschlossene Spitze			Geschlossene Spitze	ℓZ	

Bemerkungen