

Auftrag Kompressionsstrümpfe/ Strumpfhose

Kunden-Nr. _____

Datum _____

Kommission/Maßnummer _____

Bestellmenge ☐ Stück ☐ Paar ☐ Hose

Absender/Datum/Stempel

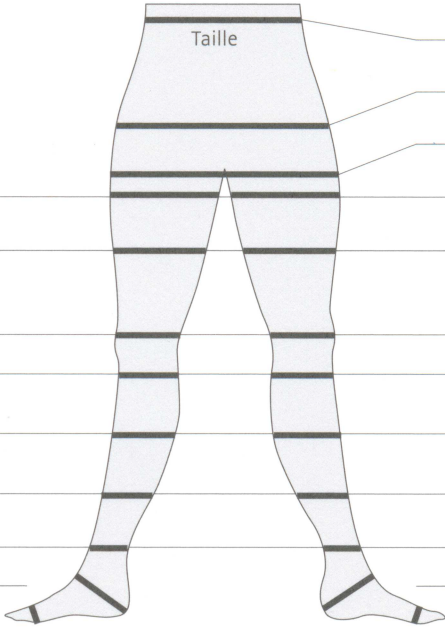
Fußteil
☐ Fußlänge ohne Spitze (ℓA)
(Fersenrücken bis cA): _____ cm
☐ Fußlänge mit Spitze (ℓZ)
(Fersenrücken bis Zehenspitze): _____ cm
☐ Softspitze

Farbe

Haftbänder
☐ Multifunktions-Haftband
☐ Noppen-Haftband
☐ Noppen-Haftband mit Motiv außer comfort
☐ Sensitive-Haftband
☐ Trikotrand außer comfort

Hüftbefestigung
nur bei plus und forte
☐ links
☐ rechts
Höhe ℓT: _____ cm
Taillen-
umfang cT: _____ cm

Sonderwünsche

Umfangmaße linkes Patientenbein/cm		Umfangmaße rechtes Patientenbein/cm		Längen- maße/cm
				Leibteillänge
				vorn
				hinten
		cT	ℓT	
		cH	ℓH	
		cK		
cG		cG	ℓG	
cF		cF	ℓF	
cE		cE	ℓE	
cD		cD	ℓD	
cC		cC	ℓC	
cB¹		cB¹	ℓB¹	
cB		cB	ℓB	
cY		cY		
cA		cA		
ℓA	ℓA	ℓA	ℓA	
ℓZ	ℓZ	ℓZ	ℓZ	