



Lymphatrex

Fax-Nr.: +49(0)6451 7212-980
 massbestellung@thuasne.de

Thuasne® M2M App:



Einwilligungserklärung zur Weitergabe von personenbezogenen Daten an den Hersteller liegt vor

Patient:in
 Name: _____
 Vorname: _____
 Kind weiblich männlich

Firmenanschrift _____

Kostenvoranschlag Kostenvoranschlag detailliert

An Fax/Email: _____

Neuversorgung

Bestellung

Nachbestellung, Maßnr.: _____

Ansprechpartner:in _____

Telefon _____

Kd.-Nr. _____

Datum _____

Anzahl
 ___ Stück
 ___ Paar

Artikel
 Zehenkappe
 mit Strumpf in einem Stück (max bis D)
 mit Strumpf getrennt
 Kombinationsversorgung (überlappende
 Versorgungen werden werkseitig berechnet)

Material/Kompressionsklasse
 Support KKL 1 Poly KKL 2
 Poly Strong KKL 2 Poly Strong KKL 3

Farbe
 beige caramel
 schwarz anthrazit
 jeans nachtblau
 rot mint
 rosa

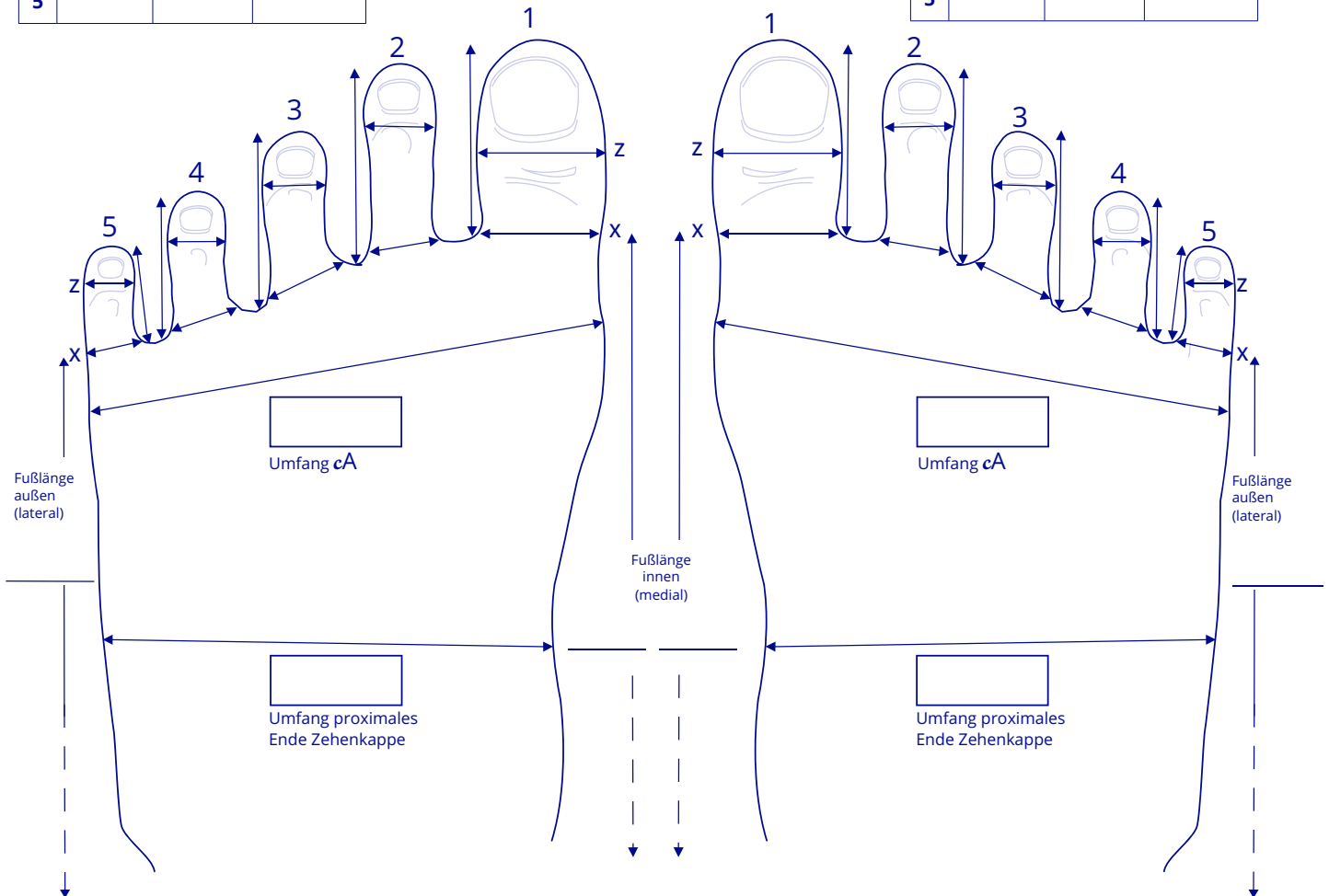
Zehen
 offen
 geschlossen

Linker Fuß

	Umfang X	Umfang Z	Länge
1			
2			
3			
4			
5			

Rechter Fuß

	Umfang X	Umfang Z	Länge
1			
2			
3			
4			
5			



Längenmaße Zehen bis zum Bandagenende messen!