



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

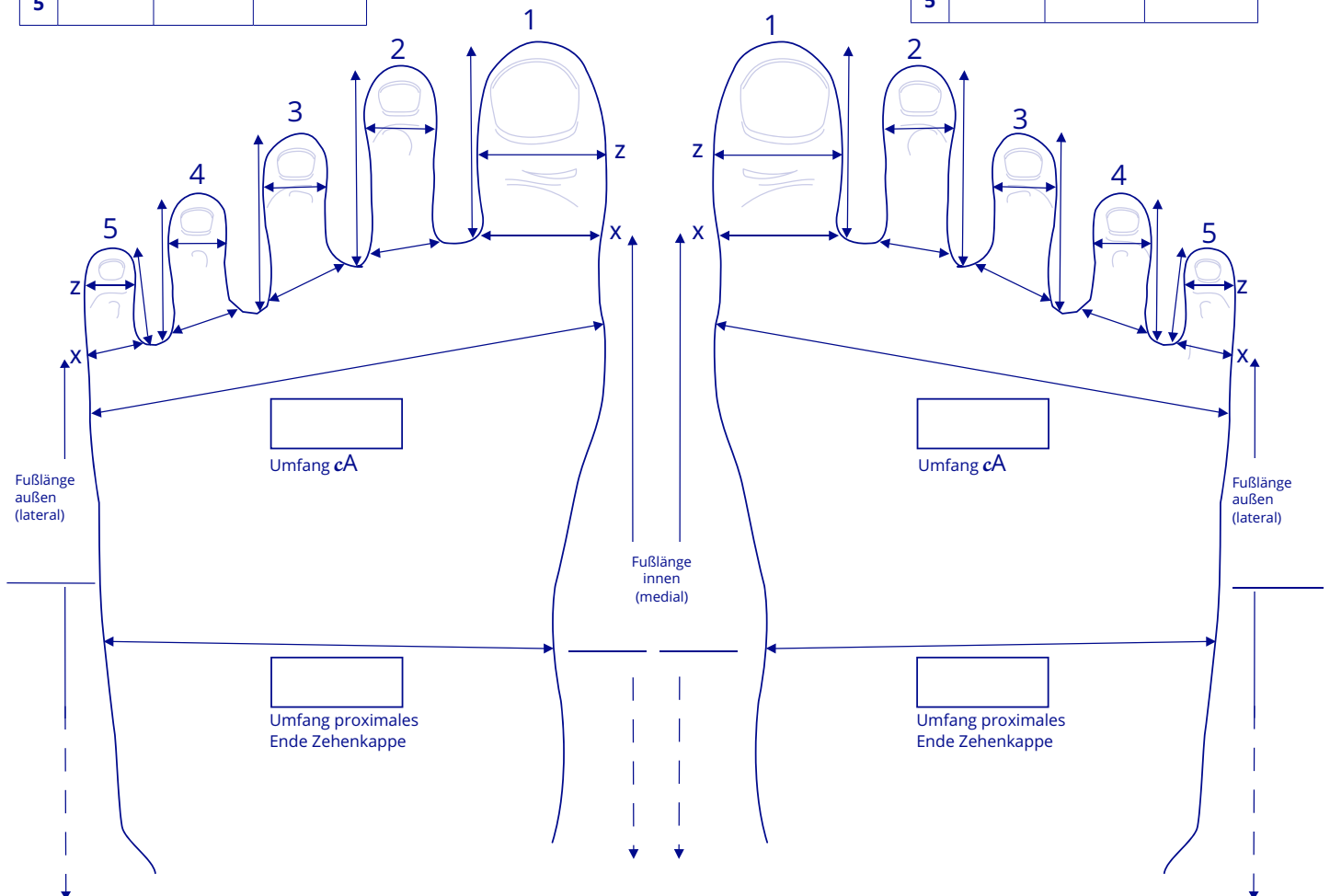
Zehen
☐ offen
☐ geschlossen

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!