



# LYMPHATREX

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

☐ Einwilligungserklärung zur Weitergabe von personenbezogenen Daten an den Hersteller liegt vor

Patient:in

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

☐ m ☐ w

Firmenanschrift

Ansprechpartner:in

Telefon

Kd.-Nr.  Datum

- ☐ Kostenvoranschlag
- ☐ Kostenvoranschlag detailliert

An Fax/Email:

- ☐ Bestellung

Lieferanschrift

- ☐ Neuversorgung
- ☐ Nachbestellung, Maßnr.:
- ☐ Änderungen beachten
- ☐ Lipödem ☐ Lymphödem
- ☐ Lip-/Lymphödem

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

Zehen

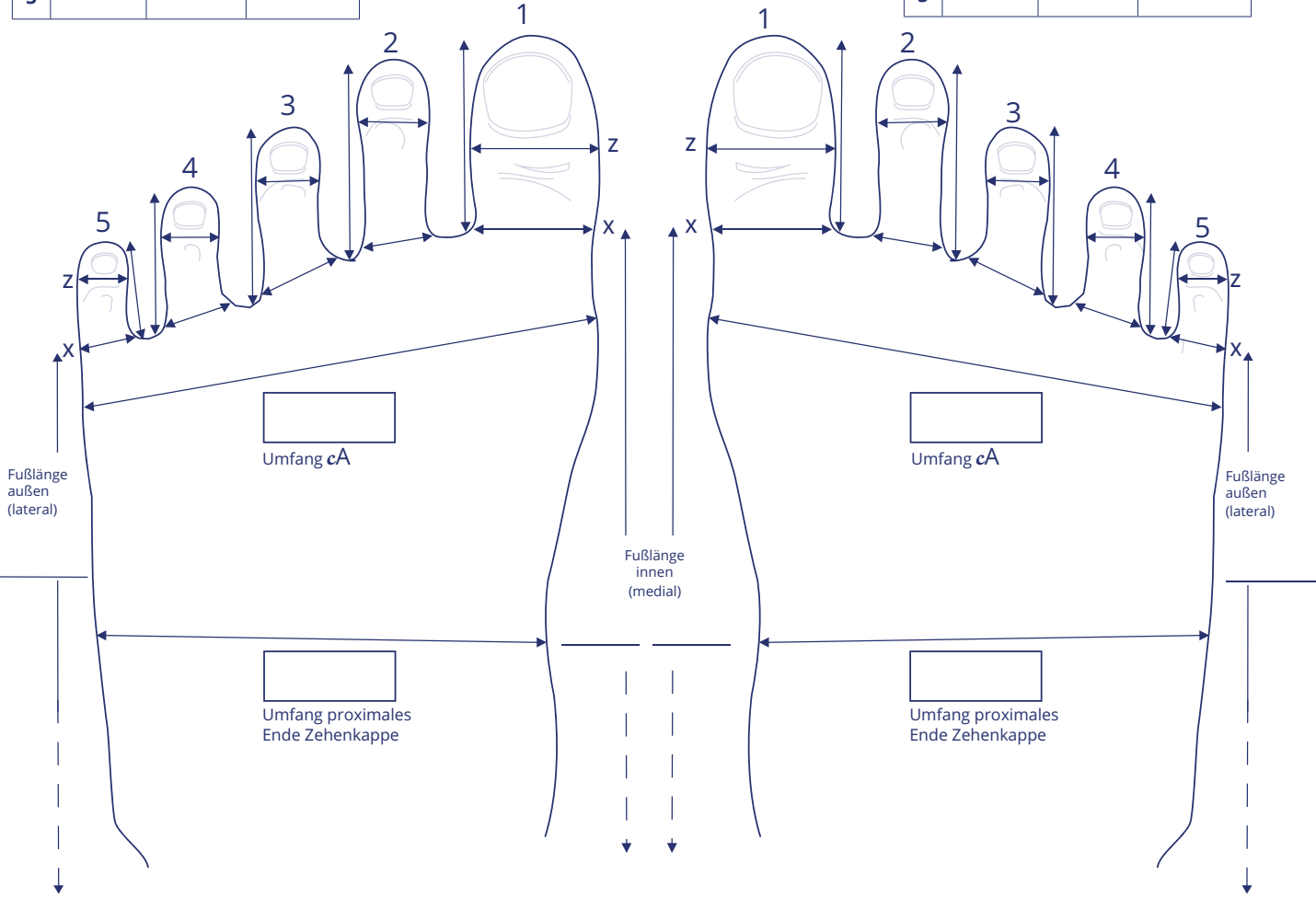
☐ offen ☐ geschlossen

## Linker Fuß

## Rechter Fuß

|   | Umfang X | Umfang Z | Länge |
|---|----------|----------|-------|
| 1 |          |          |       |
| 2 |          |          |       |
| 3 |          |          |       |
| 4 |          |          |       |
| 5 |          |          |       |

|   | Umfang X | Umfang Z | Länge |
|---|----------|----------|-------|
| 1 |          |          |       |
| 2 |          |          |       |
| 3 |          |          |       |
| 4 |          |          |       |
| 5 |          |          |       |



Längenmaße Zehen bis zum Bandagenende messen!