

VENOSAN® Armstrümpfe Standardsortiment Bestellformular

Lieferung: an Besteller direkt an Patienten

Ihre Kundennummer: _____

Ihre Referenz oder die des Patienten: _____

Absender: _____

Frau Herr

Vorname / Name _____

Strasse _____

PLZ / Ort _____

1. Modell, Qualität, Kompressionsklasse und Farbe

Modell	ohne Hand- ansatz	ohne Hand- ansatz, mit Noppenhaft- band	mit Hand- ansatz	mit Hand- ansatz, mit Noppenhaft- band
Qualität	CG	CG-H	ZG	ZG-H
<input type="checkbox"/> VENOSAN 4000: CLIMATE EFFECT	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> VENOSAN 7000*: NATURAL TOUCH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*empfohlenes Modell

	Kompressionsklasse	Farbe		
	CCL II	Mexico	Black	Beige
VENOSAN 4000:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
VENOSAN 7000:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anzahl	
Stk. links:	Stk. rechts:

2. Masse

Alle Messungen werden möglichst am ausgeruhten/abgeschwollenen Arm vorgenommen.
Bei falschen Angaben haftet der Besteller.

rechter Arm

Länge (cm):

Umfang (cm):

linker Arm

Länge (cm):

3. Bestellung Zubehör

Produkt	Anzahl
<input type="checkbox"/> VENOSAN Dot Gloves – Grösse S/M	
<input type="checkbox"/> VENOSAN Dot Gloves – Grösse L/XL	
<input type="checkbox"/> anderes Zubehör (bitte angeben):	

Ihre Bestellung senden Sie bitte an
E-Mail info@ch.LRmed.com oder
Fax **+41 71 274 25 71**

Kostenloser Versand