

VENOSAN® Armstrümpfe nach Mass

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	ohne Hand-ansatz, mit Schulterbefestigung	mit Hand-ansatz	mit Hand-ansatz, mit Noppenhaft-band	mit Hand-ansatz, mit Schulterbefestigung
Qualität	CG	CG-H	CH	ZG	ZG-H	ZH
<input type="checkbox"/> VENOSAN 4000: CLIMATE EFFECT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

*empfohlenes Modell

Anzahl	
Stk. links:	Stk. rechts:

2. Sonderwünsche

3. Masse

Alle Messungen werden möglichst am ausgeruhten/abgeschwollenen Arm vorgenommen. Armstrümpfe nach Mass können nicht zurückgenommen werden. Bei falschen Angaben haftet der Besteller.

rechter Arm		Umfang (cm):	linker Arm	
Länge (cm):			Länge (cm):	
lH				lH
lG		cG	cG	lG
lF		cF	cF	lF
lE		cE	cE	lE
lD		cD	cD	lD
C		cC	cC	C
lA		cA	cA	lA
lZ		cZ	cZ	lZ

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