

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 Schulter- befestigung	mit Hand- ansatz	mit Hand- ansatz, mit Noppenhaft- band	mit Hand- ansatz, mit Schulter- befestigung
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	<input type="text"/>			lH
lG	<input type="text"/>	cG	<input type="text"/>	lG
lF	<input type="text"/>	cF	<input type="text"/>	lF
lE	<input type="text"/>	cE	<input type="text"/>	lE
lD	<input type="text"/>	cD	<input type="text"/>	lD
C	<input type="text"/>	cC	<input type="text"/>	C
lA	<input type="text"/>	cA	<input type="text"/>	lA
lZ	<input type="text"/>	cZ	<input type="text"/>	lZ

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