

VenoTrain® look Måttbeställningsblankett standard



Patientens namn: _____

Eget beställningsnummer: _____

Lev. märkning: _____

Datum: _____

skickas till beställaren

skickas till mottagaren

Beställare och vårdgivare

Beställare: _____

Namn: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Leveransadress

Brukare eller mottagare: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Fakturaadress: _____

Utförande

- AD Knästrumpa
- AG Hellårsstrumpa med kant
- AT Strumpbyxa
- ATU Strumpbyxa graviditet
(endast i färgerna caramel & svart)

Storlek S M L XL

Omfång Normal Plus





Modell Short Long

Omgång
i cG Normal Bred

Ccl 1 2

Färg

VenoTrain® look

-  Caramel
-  Honey
-  Silver
-  Black

Specialutförande

Häftband Spets med silikonnoppor

Kant

- Normal
- Bred

VenoTrain® glider, på- och avtagningshjälpmedel:

_____ st

Antal par strumpor: _____

Övriga önskemål _____
