

Levereras till patient eller förskrivare

Patientens namn och adress: _____

Förskrivarens namn och arbetsplats: _____

Fakturaadress: _____

Patient

Förskrivare

Tel: _____

Direktel/Mob.: _____

Leveransmärkning: _____

E-post: _____

Ref.nr: _____

Tåhättor

Färger

Creme Caramel

Svart Navy

Kompression

Ccl1 Ccl2 Ccl3

Vänster ben

Höger ben

Antal

Styck vänster _____

Styck höger _____

Alla storlekar anges i cm. Beställaren ansvarar för felaktiga måttuppgifter. Bytesrätt gäller inte för måttbeställda produkter.

Avslut:

Poröst

Kompressivt

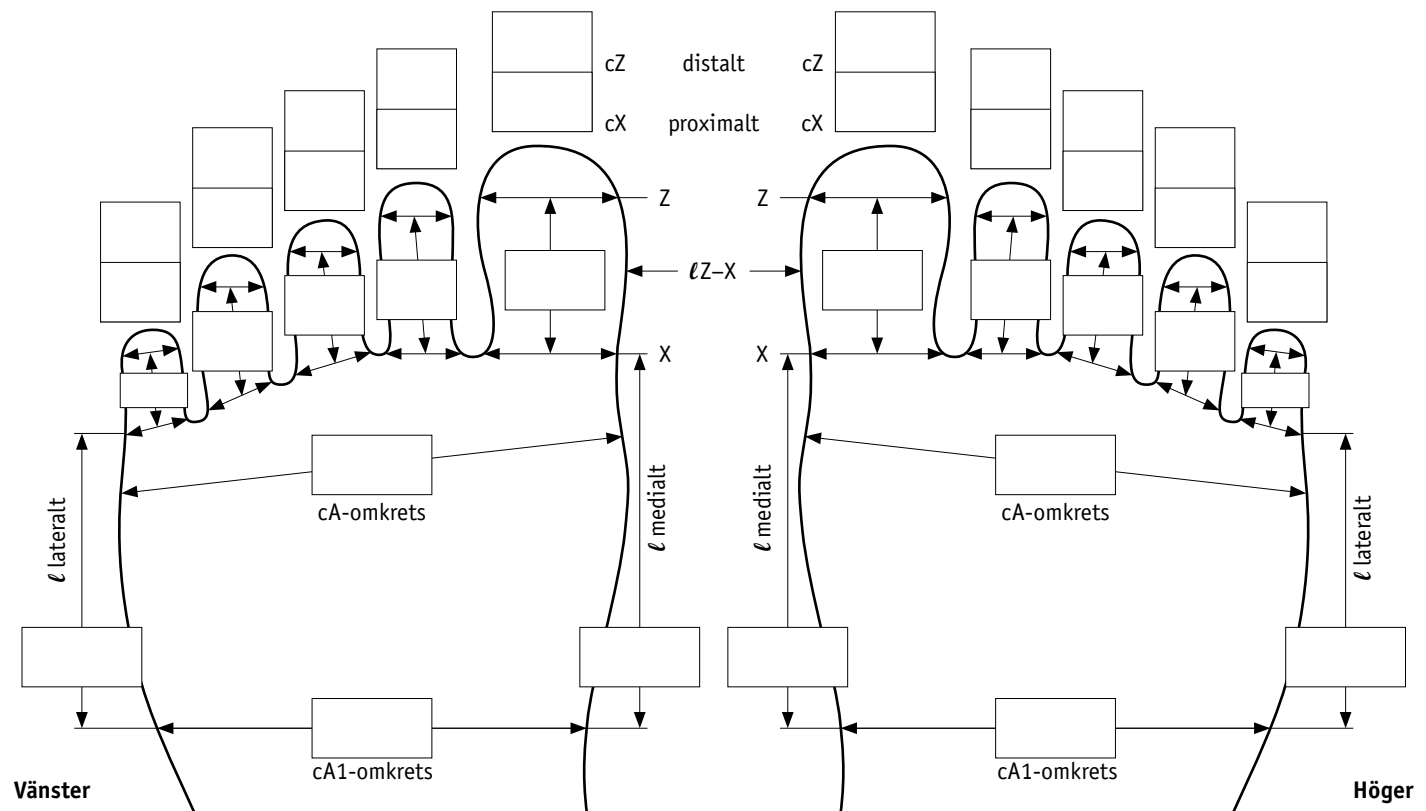
Tår:

Öppen tå

Utan lilltå

Sluten tå

Sy fast på strumpa



Särskilda önskemål: _____