

VenoTrain® *business* Måttbeställningsblankett standard



Patientens namn: _____

Eget beställningsnummer: _____

Lev. märkning: _____

Datum: _____

Beställare och vårdgivare

Beställare: _____

Namn: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Leveransadress

Brukare eller mottagare: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Fakturaadress: _____

skickas till beställaren

skickas till mottagaren

Utförande

AD Knästrumpa, herr

AD Knästrumpa, dam

Storlek S M L XL

Omfång Normal Plus

Modell Short Long

Ccl

1

2

VenoTrain® glider, på- och avtagningshjälpmedel:

_____ st

Antal par strumpor: _____

Övriga önskemål _____

Färg

VenoTrain® *business*

White

Terra

Navy

Graphite

Black