

1. Firmenanschrift / Stempel:

Kundennummer: _____ Kommission: _____

Verantwortlicher Mitarbeiter: _____

Tel.: _____ Fax: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

2. Patienten-Dokumentation:

Vorversorgung? Ja Nein Wenn Ja: S.-Nr./Datum: _____

Geschlecht: _____ Geburtsdatum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Anfertigung: paarweise nur links nur rechts Aktivitätsgrad: 1 2 3 4 5

Diagnose: _____

Bemerkungen: _____

Wichtiger Hinweis:

Neben dem ausgefüllten Bestellformular benötigen wir das modellierte, geglättete Gips-Positiv oder die tiefgezogene Testorthese (PP/PE-Schale).

3. Ausführungsdetails Orthese:

Hinweis: Bei einem nicht ausgefüllten Bogen erfolgt die Herstellung nach den grau hinterlegten Punkten.

Carbon:

Carbonrahmen: ja nein

Zuschliff Carbon: Casimo-Zuschliff Anzeichnung

Polster:

Polster / Bettung: normal Knöchel Talus (Medial) Vollfuß-Polster Halbfuß-Polster

Polsterstärke: 4 5 6

Polsterfarbe: schwarz blau gelb rot weiß pink / rosa

Kunststoff:

Kunststofffarbe (s. casimo-ot.de): _____

Material Kunststoffteile: Copolymer PP PE

Materialstärke: 2 3 4

Verschlüsse:

Fesselverschluss: elastisch fest

Verschlussfarbe: schwarz weiß blau gelb rot

