

Maßblatt Transtibial



Sanitätshaus/Lieferadresse:

Kundennummer:

Ansprechpartner/Techniker:

Telefonnummer:

E-Mail:

Expressversand: ☐ ja ☐ nein

Patientendaten

Kommission:

IdentNr.:

☐ Weiblich ☐ Männlich

Alter:

Gewicht:

Körpergröße:

Aktivitätsgrad:

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

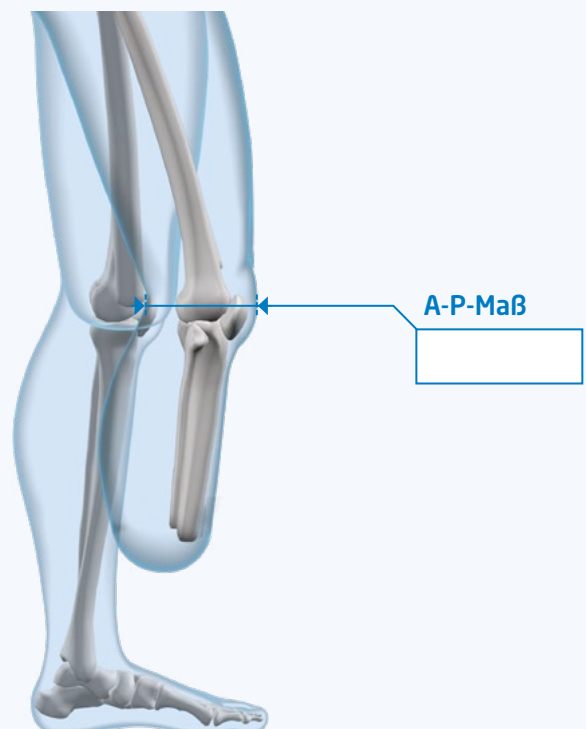
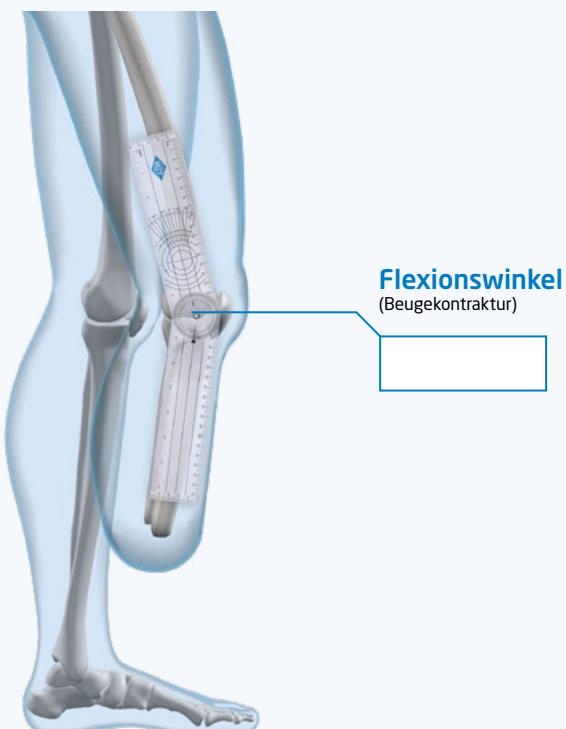
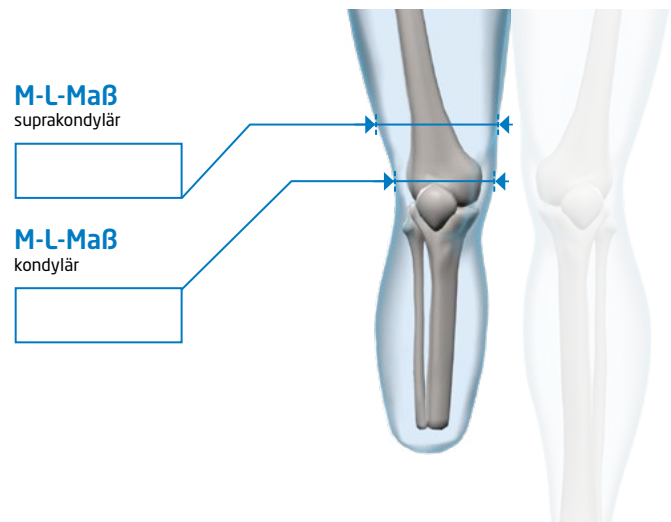
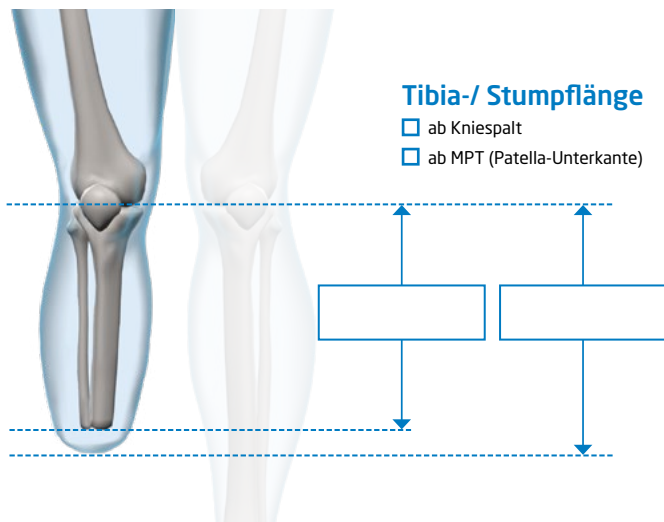
Amputationsseite: ☐ links

☐ rechts

Liner:

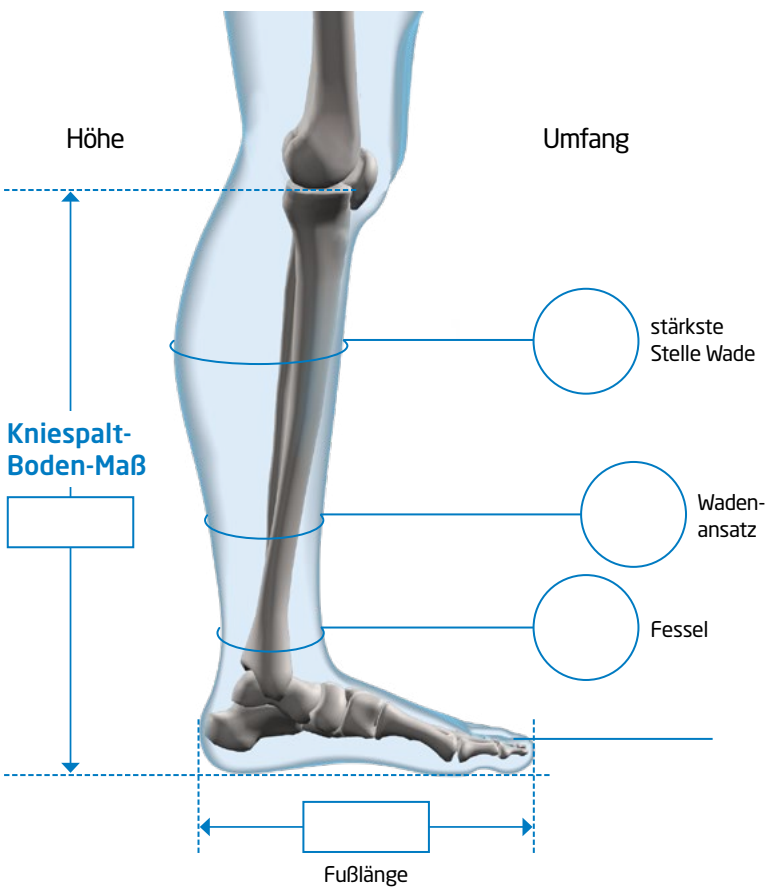
Größe:

☐ ohne



Umfangsmaße und Reduktionstabelle

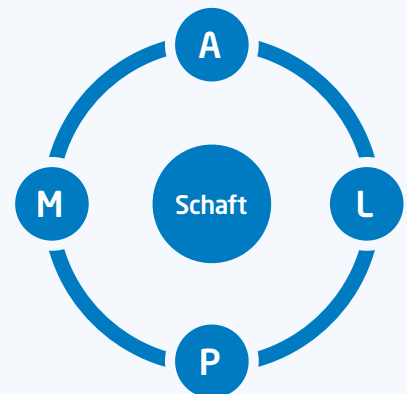
Umfang/cm	Höhe/ Abstand/cm		Reduzierung/%	Zielmaß Umfang/cm



Positionierung Lock oder Ventil

☐ Auslösemechanismus ☐ Ventil ☐ ohne

REF



Ausführung

☐ Interimsschaft

☐ Testschaft für Definitivversorgung

☐ Nur Fräsmoell