

◆ Datenblatt Anwender Prothetik-Seminar

E-Mail: bestellungen@wjt-ortho.com | Fax: +49 (0) 7161 15684 - 333

Firma: _____ Kunden-Nr.: _____

Adresse: _____

Ansprechpartner: _____ Telefon: _____

Anwender

Name: _____ Amputation: ☐ TF ☐ TT ☐ Knie-Ex.

Geburtsdatum: _____ Seite: ☐ Links ☐ Rechts

Körpergröße/cm: _____ Mobilitätsgrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Gewicht/kg: _____

Aktuelle Versorgung

Aktuelle Versorgung seit: _____

Fuß Größe: _____ Hersteller: _____ Typ: _____

Liner Größe: _____ Hersteller: _____ Typ: _____

Liner Ausführung ☐ Locking ☐ Cushion

Kniegelenk Hersteller: _____ Typ: _____