

Firmenstempel / Kundennummer:

Datum: Name des Orthopädietechnikers:

Telefon (für Rückfragen):

Patientendaten:

Patienten-Code: _____ Geschlecht: M W

Größe: _____ Gewicht: _____

Mobilitätsgrad:    

Schaftformen ¹

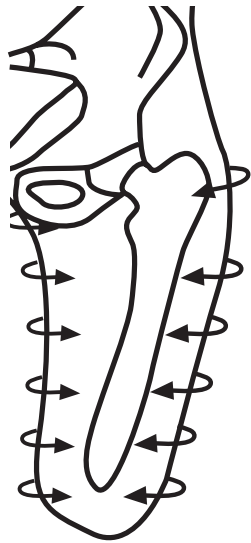
Sitzbein- umgreifend	Modifiziert Sitzbein- umgreifend	CNC	Hard	Soft	Hybrid
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Amputationsseite
links rechts

Stumpflänge
Längenmaß

gewünschtes
Fertigungsmaß

mm mm



Stumpf-
umfang

gewünschtes
Fertigungsmaß

Formringgröße oder Maß unter Tuber ¹

0 mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
50 mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
100 mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
150 mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
200 mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
250 mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm
300 mm	<input type="text"/> mm	<input type="text"/> mm

Maß Formring übernehmen?

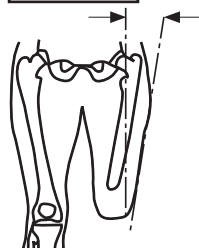
Flexion (max. 15°)

°



Adduktion

°



Wenn keine Angabe, wird Flexion auf 8°
und Adduktion auf 4° eingestellt.

Linerversorgung

Linergröße

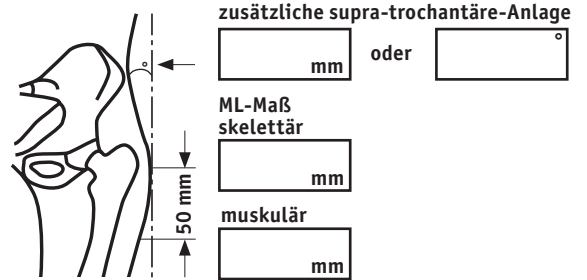
mm

Umfang 40 mm vom
Stumpfende gemessen

mm

Gewünschtes distales
Stumpfende

Nur für Schaftformen "Sitzbeinumgreifend"



Lieferumfang

Positivmodell nach Maß

Probeschaft ^{2,3}

Einbau Ventil

lateral medial

V08 V09

V10 V13

V18 V20

V22 V...

Einbau Verschlussstück ^{2,3,4}

ShL20 ShL40A

ShL3A-2 ShL40B

Einbau Einzugsmechanik ² EM

Kosmetik auf separatem Maßblatt

Notizen:

¹ Pflichtfelder
² Positivmodell wird nach Möglichkeit mitgeliefert
³ Nur zur Nutzung während der Werkstattanprobe
⁴ Modularadapter oder Schaftansätze sind mit Laminatverstärkung zu sichern