

Patient	Måttagare	Faktureras
Namn:	Namn:	Rekv nr:
Adress:	Avd:	Namn:
Postadress:	Sjukhus:	Adress:
Tel:	Adress:	Postadress:
Datum:	Postadress:	
	Tel:	Skickas till:
	E-post:	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Måttagare

Kommentarer

MÅTTSYDDA TÅHÄTTOR

KKL	Antal Vänster	Antal Höger
Elvarex® 1		
Elvarex® 2		
Elvarex® 3		

Tillval

- Med vänster liltå
 Med höger liltå

Färg

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beige | <input type="checkbox"/> Svart |
| <input type="checkbox"/> Cranberry | <input type="checkbox"/> Mörkblå |
| <input type="checkbox"/> Mörkbrun | <input type="checkbox"/> Grå |
| <input type="checkbox"/> Henna | <input type="checkbox"/> Grafitgrå |
| <input type="checkbox"/> Denim | |

