

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

Kommentarer

## MÅTTSYDD BENSTRUMPA

KKL	Antal Vänster	Antal Höger
KKL 1		
KKL 2		
KKL 3		

### MODELL

- AD – Knästrumpa
- AG – Lårstrumpa (med Slipform)
- AT – Strumpbyxa (med Slipform)
- ET - Bermuda (med Slipform)
- BT - Capri (med Slipform)
- B'T - Capri (med Slipform)
- CT - Capri (med Slipform)

### TILLVAL

- Rak avslutning fot
- Sned avslutning fot
- Sluten tå
- Öppen tå
- E-version
- Justerbart midjeband

### SILIKONBAND DOTS

- 2,5 cm (Endast AD)\*
  - 5 cm\*
  - SoftFit (Endast AD)
- \* endast ovansida

### FÄRG

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

### FOTLÄNGD

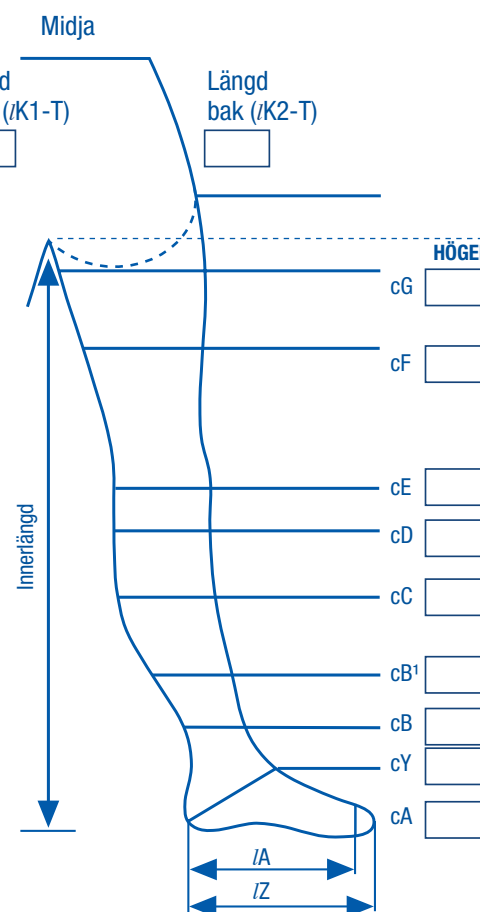
- Öppen tå (IA)
- Sluten tå (IZ)

### LÄNGD SNED AVSLUTNING

- Längd medial
- Längd lateral

### Omfång (c)

- cT
- cH  
(största omfång)
- VÄNSTER**
- cG
- cF
- cE
- cD
- cC
- cB<sup>1</sup>
- cB
- cY
- cA



### Längd (I)

- I/T\*\*\*
- IK\*\*
- IG\*
- IF
- IE
- ID
- IC
- IB<sup>1</sup>
- IB

- \* Längd från baksidan till glutalvecket
- \*\* Längd till gren (för byxor)
- \*\*\* Vid byxa v.g. fyll i alla längdmått inklusive "längd fram" och "längd bak".