

Levereras till:

Levereras till:

Patientens namn och adress:

Förskrivarens namn och arbetsplats:

Fakturaadress:

Tel:

Kundnr:

Mobilnr för

Direkt tel/mob:

SMS-avisering:

E-post:

Kundnr:

Ref.nr:

PG 58, pos 3, 4 Måttsydd

Måttagning arm Omfångsmått			Måttagning arm Längdmått			
Vänster i cm	Höger i cm		Vänster i cm	Höger i cm		
	55					
	50					
	45					
	40					
	35					
	30					
	25					
	20					
	15					
	10					
	05					
	eC Hand-led					
	eB Hand-flata					

Måttagning hand Omfångsmått			Måttagning hand Längdmått			
Vänster i cm	Höger i cm		Vänster i cm	Höger i cm		
	1eZ					l1
	1eX					l2
	2eZ					l3
	2eX					l4
	3eZ					l5
	3eX					l6
	4eZ					l7
	4eX					l8
	5eZ					9
	5eX			10		
	eA					
	eC Hand-led					
	eB Hand-flata					

Tillval vid måttillverkning	Anteckningar
Juxta-Fit™ Essentials <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> Handske <input type="checkbox"/> Handske med dorsum strap	
Ange vänster/höger samt antal nedan <input type="checkbox"/> Vänster arm ___ Antal <input type="checkbox"/> Höger arm ___ Antal <input type="checkbox"/> Vänster hand ___ Antal <input type="checkbox"/> Höger hand ___ Antal	

Övriga uppgifter

Datum: _____

Ny patient

Mått **exakt** som tidigare,
Orderdatum: _____

Reorder med ändringar*
Orderdatum: _____

* Specificera ändring till vänster