

Bestellung nBrace

Tel: +49 8031 354333 0 Fax: +49 8031 354333 200

Firma _____

Kontakt _____

Kunden Nr. _____

Tel/Fax _____

Email _____

Patient _____

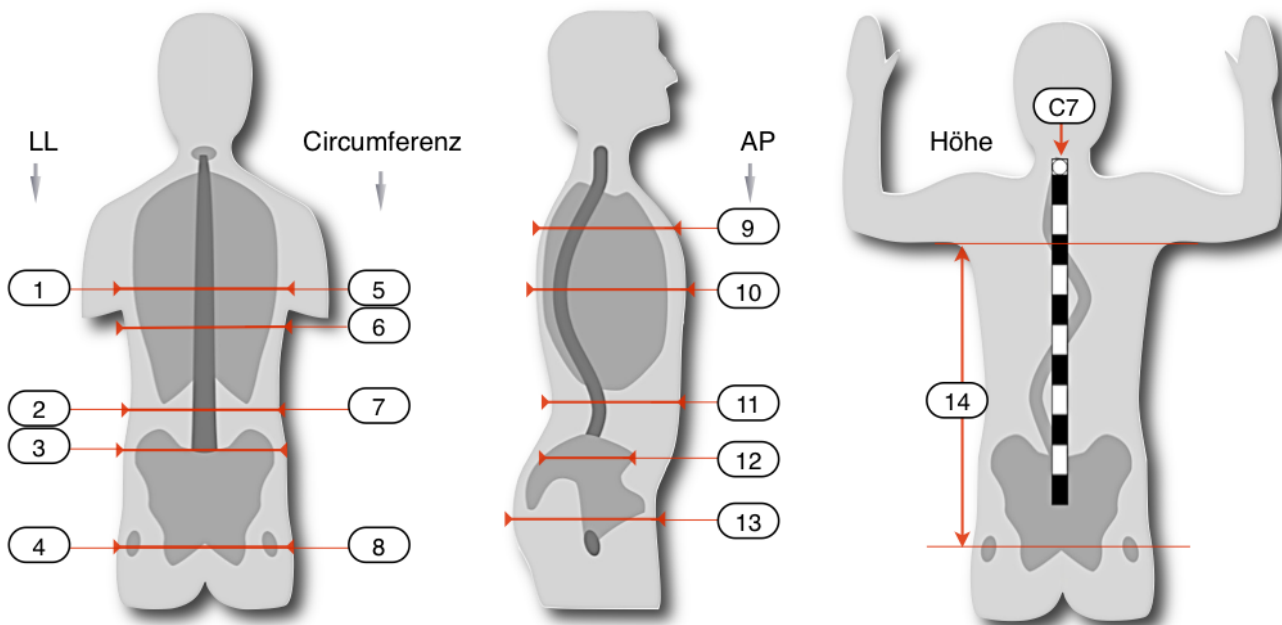
Größe/Gewicht _____ cm _____ kg

Geburtstag _____

Geschlecht _____

Diagnose _____

Farbe: _____



| LL | No. | cm |
|------------------|-----|-------|
| Brust | 1 | _____ |
| Taille | 2 | _____ |
| Beckenkamm | 3 | _____ |
| Trochanter Major | 4 | _____ |

| Circumferenz | No. | cm |
|--------------------|-----|-------|
| Brust | 5 | _____ |
| Unterbrust | 6 | _____ |
| Taille | 7 | _____ |
| max. Distanz Gesäß | 8 | _____ |

| Höhe | No. | cm |
|--------------------------|-----|-------|
| Trochanter Axillar Falte | 14 | _____ |
| Fixierung Maßband | C7 | _____ |

| AP | No. | cm |
|-----------------|-----|-------|
| Manubrium | 9 | _____ |
| Xyphoid | 10 | _____ |
| Taillie | 11 | _____ |
| SISA SISP | 12 | _____ |
| max Dist. Gesäß | 13 | _____ |

Bemerkungen: