

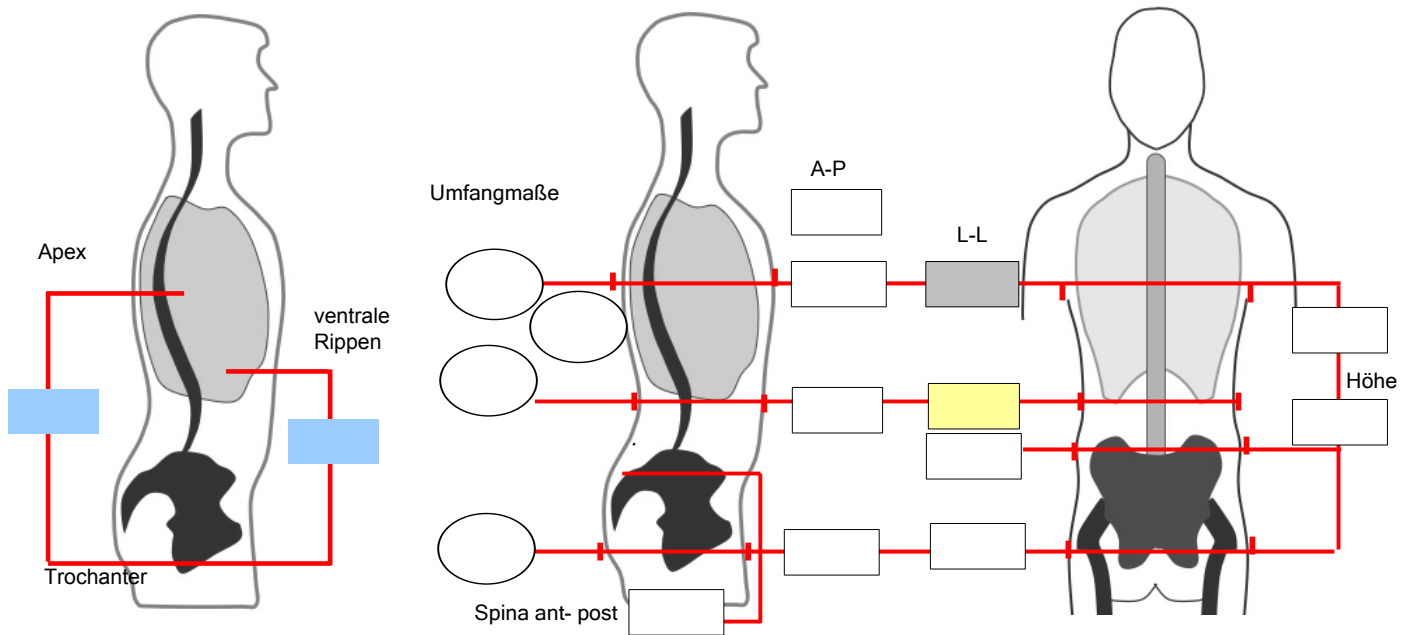
Bestellung - sBrace

Datum _____

Firma _____
 Kontakt _____
 Kunden Nr. _____
 Tel/Fax _____
 Email _____

Patient _____
 Gewicht _____
 Größe _____
 Geburtsdatum _____
 Diagnose _____
 Geschlecht _____

Farbe _____ No. _____



	dorsal Hight	ventral Hight	L-LBreast	L-LWaist
S	39	15-26	24-27	17-21
M	44	16-27	28-31	22-24
L	49	20-28	30-33	24-26
XL	52	21-28	32-35	26-28

Individuell

_____ Standard Größe

Bemerkungen

Geprüft _____