

VENOSAN® Maßanfertigung

Fax-Bestellformular



VENOSAN®
Kompressionsstrümpfe

Absender

Patient/in

Firmenname / Ansprechpartner

Frau Herr

Vorname / Name

Straße

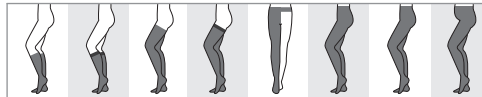
Letzte Auftragsnummer

PLZ / Ort

Datum und Unterschrift

Ihre Kundennummer

1. Artikel



	Kompressionsklasse			Ausführung								Farbe				
	KKL 1	KKL 2	KKL 3	AD	ADH	AG	AGH	AGG	AT	ATH	ATU Materna	Beige	Mexico	Marokko	Sand	Black
VENOSAN® 3000 COTTON NATURAL LOOK																
VENOSAN® 4000 CLIMATE EFFECT	*							*								
VENOSAN® 5000 THE MAGIC OF SILVER	*		+					#								
VENOSAN® 7000 NATURAL TOUCH																

* Nur in Farbe Black und Mexico verfügbar + Nur in Farbe Mexico verfügbar # In KKL1+2 nur in Farbe Black und Mexico, in KKL3 nur in Mexico verfügbar

2. Menge

3. Extras

Paar/Stück

Stück rechts

Stück links

Noppenhaftband

Spitzenhaftband

Offene
Fußspitze

Geschlossene
Fußspitze

4. Maße

Länge Links (cm)

ℓT

ℓK

ℓG

ℓF

ℓE

ℓD

ℓC

ℓB1

ℓB

ℓA

ℓZ

Umfang Links (cm)

cG

cF

cE

cD

cC

cB1

cB

cY

cA

Umfang (cm)

cT

cH

Länge (cm)

hinten

ℓGT

vorne

ℓGT

Umfang Rechts (cm)

cG

cF

cE

cD

cC

cB1

cB

cY

cA

Länge Rechts (cm)

ℓT

ℓK

ℓG

ℓF

ℓE

ℓD

ℓC

ℓB1

ℓB

ℓA

ℓZ

Alle Messungen werden am stehenden Patienten und möglichst am ausgeruhten / abgeschwollenen Bein vorgenommen. Alle Maße sind Körpermaße.

Maß-Strümpfe können nicht zurückgenommen werden.

Bei falschen Angaben haftet der Besteller.