

Kundennummer _____ Auftrag Kostenvoranschlag (KV) Geschlecht: _____
 Bestelldatum/ Auftrag weiblich männlich divers Unterschrift/Firmenstempel
 Anmessdatum _____ nach KV-Nr. _____
 Ansprechpartner/ Lot-Nr./ Kommissions/ _____
 Rückrufnummer _____ Maß-Schema-Nr. _____ Vorgangs-Nr. _____
bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

1 Menge	JOBST	Elvarex		Elvarex Plus*		Elvarex Soft Seamless	
		Kompressionsklasse	1	2	1	2	1
	Links						
	Rechts						

2 Ausführung	Ausführung			
	4 Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Standard
5 Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

3 Ausschnitt	Ausschnitt für kleinen Zeh	Ausschnitt			
		<input type="checkbox"/> 0,5 cm	<input type="checkbox"/> 0,5 cm	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 1,0 cm	<input type="checkbox"/> 1,0 cm	<input checked="" type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> 1,5 cm	<input type="checkbox"/> 1,5 cm	<input checked="" type="checkbox"/> Standard	

4 **JOBST Elvarex**

Beige Caramel
 Black Bronze
 Brown Grey
 Cranberry Navy

JOBST Elvarex Plus

Beige Caramel
 Black Bronze
 Brown Grey
 Cranberry Navy
 Red

JOBST Elvarex Soft Seamless*

Beige Grey
 Black Brown
 Navy Cranberry
 Ruby Pine Green
 Sunflower Yellow

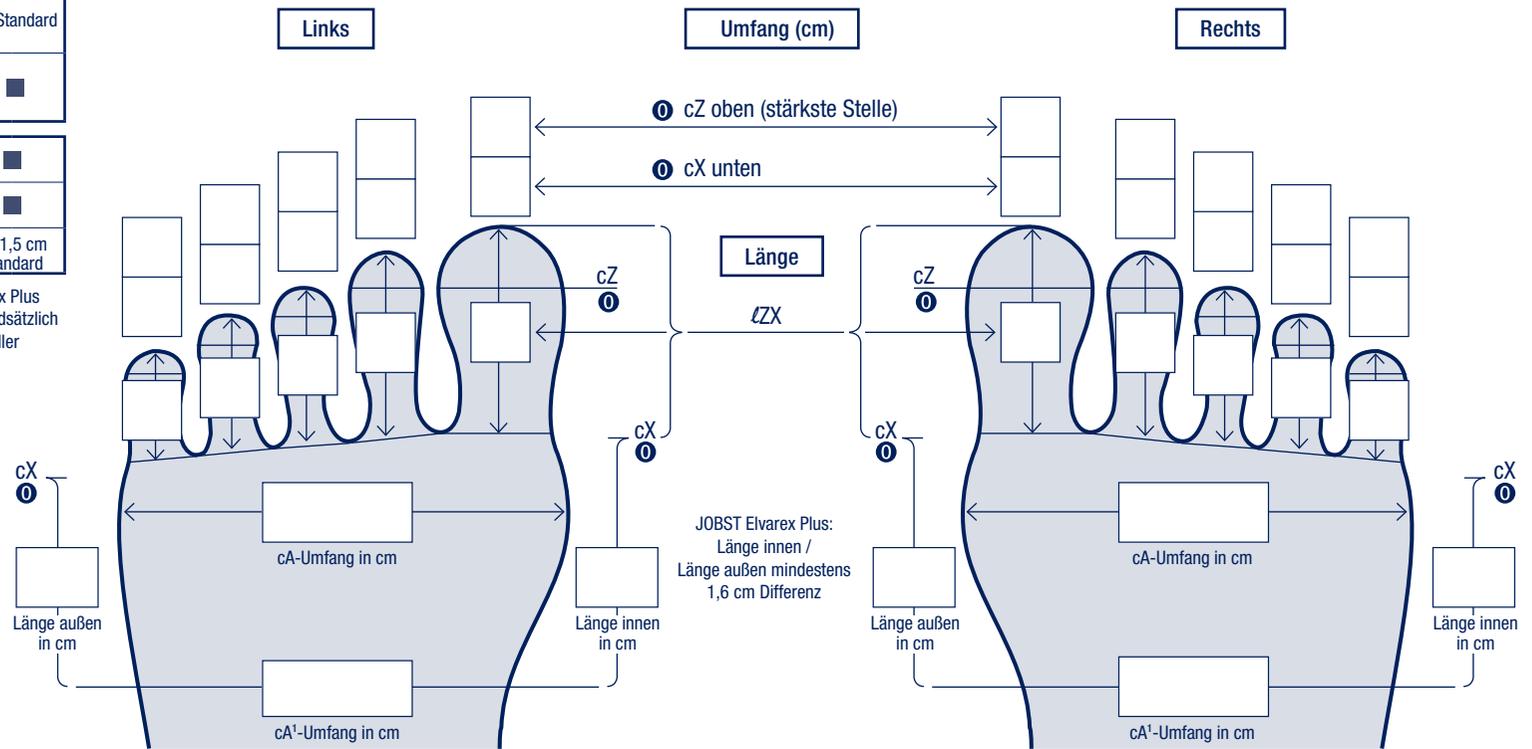
* Bei JOBST Elvarex Plus benötigen wir grundsätzlich die Umfangmaße aller 5 Zehen.

Zugmatrix:

Um die optimale Passform für unsere flachgestrickten Kompressionsversorgungen zu ermitteln, sollten Umfangsmessungen unter verschiedenen Zugstärken durchgeführt werden.

① ohne Zug (bei Zehenversorgungen werden alle Maße ohne Zug erfasst)

Ergänzende Zusätze entnehmen Sie bitte dem Deckblatt.



Bemerkungen:

Bemerkungszeilencode:

(weitere Ausführungen in Deckelinnenseite)

_____ - _____