

AUFTRAG / KOSTENVORANSCHLAG

Maßblock JOBST® UlcerCARE

- Kostenvoranschlag (KV)
 Auftrag
 Auftrag nach KV-Nr.: _____
 Maß-Schema-Nr.: _____

Kunden-Nr.: _____
 Bestell-/Anmessdatum: _____
 Ansprechpartner: _____
 Kommission: _____
 Geschlecht: weiblich männlich

Kunde (Firmenstempel)
 Unterschrift: _____

BSN-JOBST GmbH

Beiersdorfstraße 1 · 46446 Emmerich a. R.
 Allg. Telefonservice: +49 28 22 / 607-100
 Kompetenzteam Lymphologie: +49 28 22 / 607-111
 Rücksendungen: +49 28 22 / 607-222
 Fax Bestellungen: +49 28 22 / 607-199
 Fax Kostenvoranschläge: +49 28 22 / 607-208



www.jobst.de
 www.lymphcaredeutschland.de

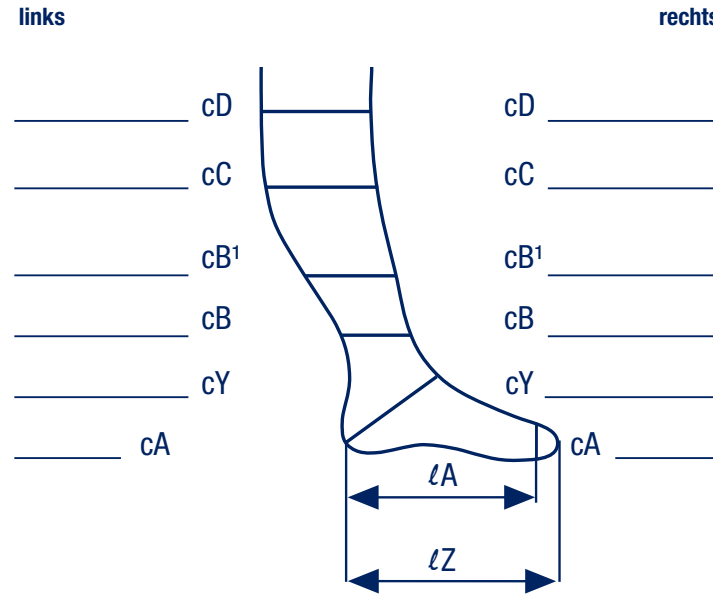


Qualitäten	Menge		Beige	Schwarz	Caramel
	Links	Rechts			
Kompressionsstrumpf (KKL2, ohne Spitze)					
Unterziehstrumpf (KKL1, mit Spitze)					

Kombinierter nominaler Kompressionsdruck vom Kompressionsstrumpf und Unterziehstrumpf mit 40mmHG Fesseldruck.

Fuß	<input type="checkbox"/> Gerade	<input type="checkbox"/> Schräg
Reißverschluss	<input type="checkbox"/> Ohne	<input type="checkbox"/> Vorne (Schienbein)
	<input type="checkbox"/> Innen (medial)	<input type="checkbox"/> Außen (Lateral)
Reißverschluss Länge	von B bis _____ (max.D)	

Umfangsmaße



Längenmaße

lD _____
 lC _____
 lB¹ _____
 lB _____
 lA* _____
 Fußlänge ohne Spitze
 lZ** _____
 Fußlänge mit Spitze

Fußlänge schräg
 (nur bei Kompressionsstrumpf möglich)

Länge innen _____
 Länge außen _____

* Pflichtmaß Kompressionsstrumpf
 ** Pflichtmaß Unterziehstrumpf

Bemerkungen:

