



Fax Bestellungen: +49 2822 / 607 - 199 | Fax Kostenvorschläge: +49 2822 / 607 - 208

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

Eine JOBST UlcerCARE Versorgung besteht aus einem Über- und zwei Unterziehstrümpfen.

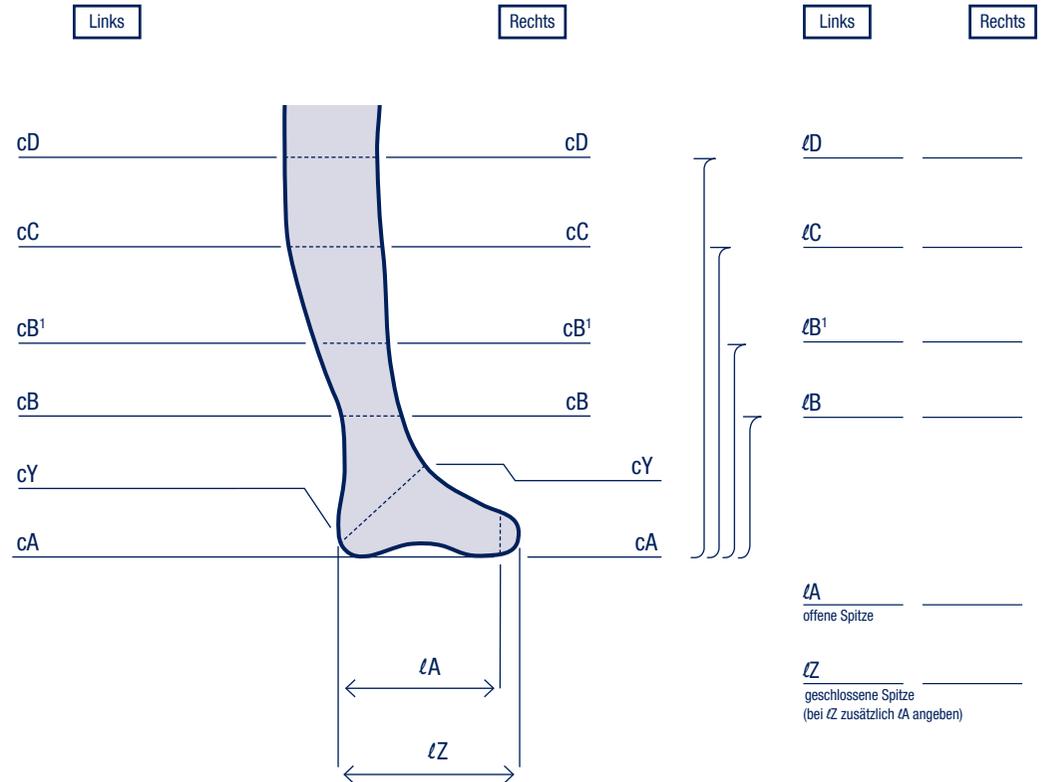
Qualitäten	Menge		Beige	Schwarz	Caramel
	Links	Rechts			
1 Kompressionsstrumpf (KKL2, ohne Spitze)					
2 Unterziehstrümpfe (KKL1, mit Spitze)					

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

Fuß	<input type="radio"/> gerader Fuß	<input type="radio"/> schräger Fuß
Reißverschluss	<input type="radio"/> Ohne	<input type="radio"/> Vorne (Schienbein)
	<input type="radio"/> Innen (medial)	<input type="radio"/> Außen (Lateral)
Reißverschluss Länge	von B bis _____ (max.D) OHNE Angabe erfolgt die Reißverschlusslänge B - D	

Umfangmaße

Längenmaße



Schräger Fuß
(nur bei Kompressionsstrumpf)

Länge innen _____
 Länge außen _____

Bemerkungen: _____