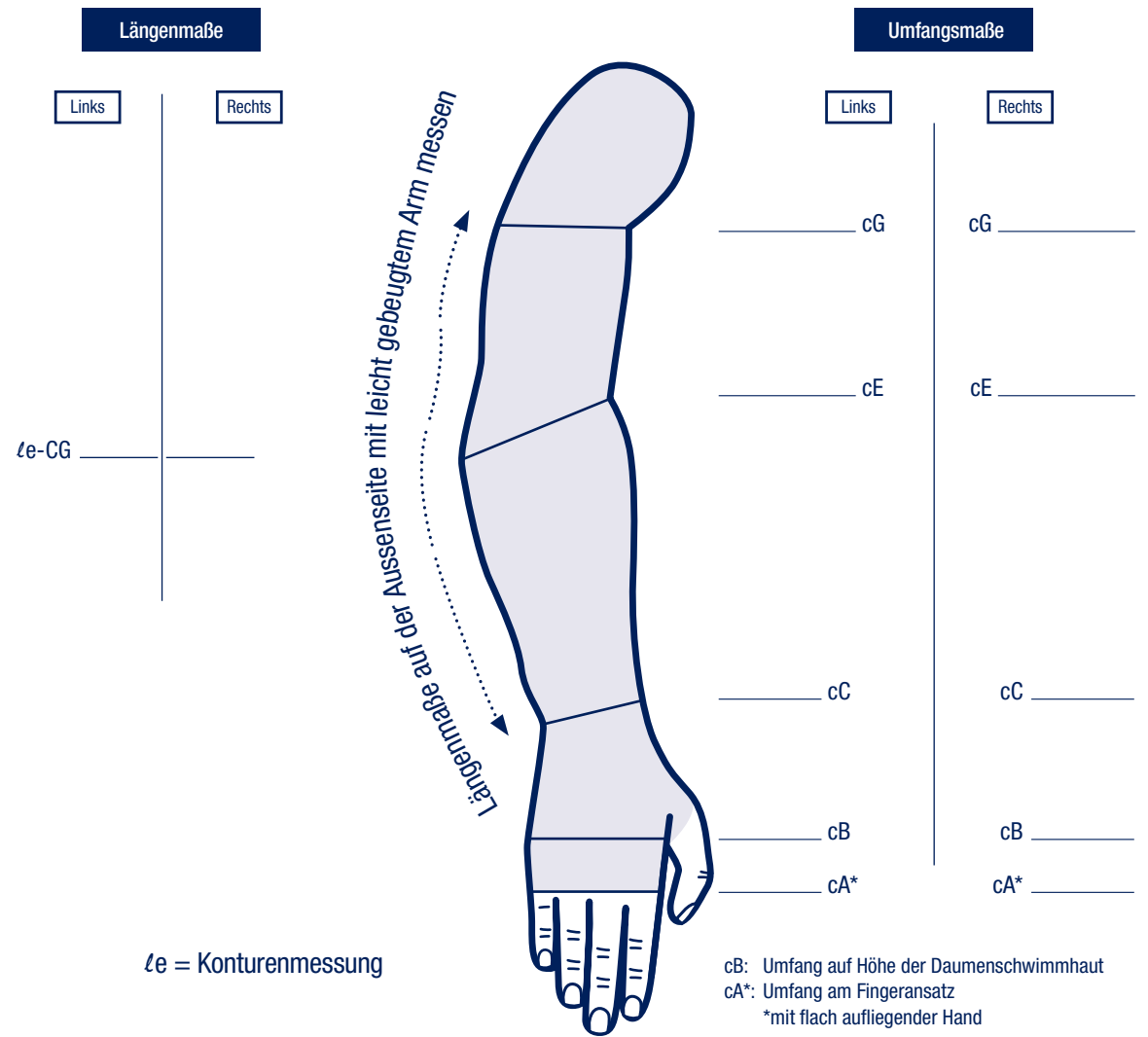


Kundennummer \_\_\_\_\_  Auftrag  Kostenvorschlag (KV) Geschlecht:  weiblich  männlich  divers \_\_\_\_\_  
 Unterschrift/Firmenstempel \_\_\_\_\_  
 Bestelldatum/ Anmessdatum \_\_\_\_\_  
 Ansprechpartner/ Rückrufnummer \_\_\_\_\_  Auftrag nach KV-Nr. \_\_\_\_\_ Kommission/Vorgang-Nr. \_\_\_\_\_  
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

JOBST® FarrowWrap® Arm						
Kompr.:	<input checked="" type="checkbox"/> LITE (20–30 mmHg)					
	Kurz	Anzahl	Normal	Anzahl	Lang	Anzahl
	S		S		S	
	M		M		M	
	L		L		L	
	Seite <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts					
Farbe <input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Schwarz						

JOBST® FarrowWrap® Hand	
Kompr.:	<input checked="" type="checkbox"/> LITE (20–30 mmHg)
	Anzahl
	XS
	S
	M
	L
Seite	<input checked="" type="checkbox"/> Beidseitig
Farbe	<input checked="" type="checkbox"/> Beige

Zur Auswahl der Größe nutzen Sie die Tabelle auf der inneren Umschlagseite.



Bitte beachten: Die Maße sind an ödemfreien Extremitäten zu nehmen. Für fehlerhafte Maßangaben haftet der Besteller. Nach Maß angefertigte Kompressionsprodukte können nicht zurückgenommen werden. Der Besteller ist mit der Speicherung seiner personenbezogenen Daten (Kundennummer, Name, Anschrift, Telefonnummer, Faxnummer und E-Mail-Adresse) einverstanden. Der Besteller bestätigt, dass ihm eine Einverständniserklärung des Patienten zur Weitergabe dessen personenbezogener Daten (Maße, Name, Geschlecht) zum Zweck der Produktion, Lieferung und Abrechnung vorliegt. Unsere AGBs finden Sie unter www.jobst.de sowie www.jobst-austria.at.