

Nome cliente: _____ N. cliente: _____

Referente: _____

Data ordine: _____ N. ultimo ordine: _____

Nome paziente: _____

Preventivo di spesa Ordine

Bauerfeind AG
Filiale italiana
Tel: +39 02 89776310
Fax: +39 02 89775900

Firma/timbro azienda: _____

Bracciale

Colori Crema Caramel Nero
 Anthracite Marine Bordeaux

Compressione Ccl1 Ccl2 Ccl3

Varianti con mano, 1 pz. con mano, 2 pz.

Quantità Pezzi braccio destro _____ Pezzi braccio sinistro _____

Guanto

Colori Crema Caramel Nero
 Anthracite Marine Bordeaux

Compressione Ccl1 Ccl2 Ccl3

Varianti senza dita dita aperte dita chiuse

Quantità Pezzi guanto sinistro _____ Pezzi guanto destro _____

Inserire tutti i dati in cm. L'ordinante verrà considerato responsabile di eventuali misure errate. Le versioni speciali non possono essere cambiate.

Fodera:

Bordo normale 2,5 cm

Bordo alto 4,7 cm

Fodera*:

Lunghezza _____ cm

Larghezza _____ cm

* Lunghezza e larghezza vanno inserite nelle richieste speciali

Richieste speciali: _____

Opzioni:

Bordo in maglia a livello C1 _____ cm

Bordo in maglia a livello C _____ cm

Inserto in silicone 5 x 5 cm G1

Bordo diagonale G1 _____ cm

Angolo gomito 150°

Angolo gomito 135°

Chiusura lampo*

Cuscinetto linfologico:

Lungh. _____ cm Largh. _____ cm

Sul palmo della mano

Sul dorso della mano

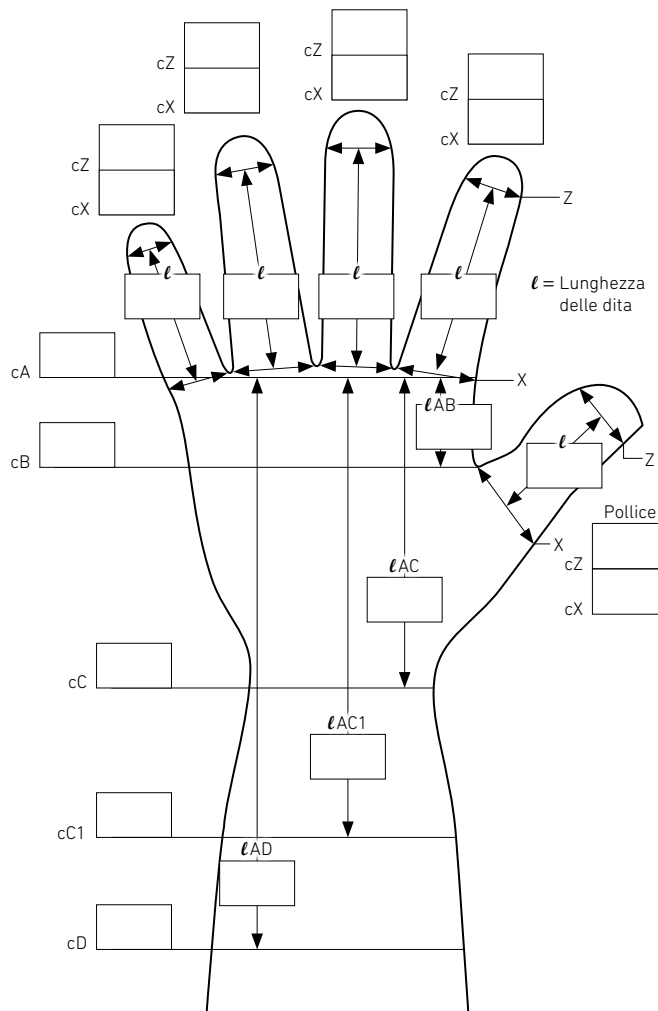
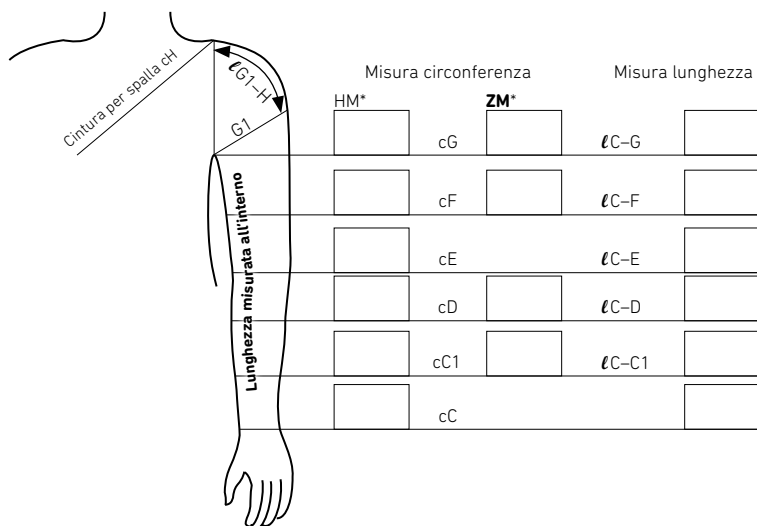
Secondo prescrizione medica

Su richiesta del paziente

Tasca:

Sul palmo della mano

Sul dorso della mano



* HM = misura anatomica | ZM = misura compressiva