



## 504 Bestellformular Arm

Alle Felder müssen ausgefüllt werden, damit Ihre Bestellung bearbeitet werden kann.

### Einzelheiten der Bestellung

Datum: \_\_\_\_\_ Liefertermin: \_\_\_\_\_

Bestellnr.: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Verordner: \_\_\_\_\_

Lieferadresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten

Patienten-Nr.: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Bitte angeben:  Männlich  Weiblich

Bitte angeben:  Neuer Patient  Bekannter Patient

Diagnose: \_\_\_\_\_

### Stofffarbe

Einfarbiges Powernet:  Beige  Haut  Blossom  Rot  Raspberry

Classy Blue  Denim

Schwarz

Bedrucktes Powernet:  Einhorn  Cars  Pfötchen  Pink Camo  Green Camo

Blue Camo

### Reißverschlüsse

Einfarbig  Leopard  Camo  Galaxie  Rainbow  Tribe

### Motivbündchen

Keine  Daisies  Roses  Rainbow Mermaid  Pink Tribe  Rocket

B&W Football

Pink Football

Pink Hearts

Silver Aztec

Pink Aztec

Spots & Stripes

### Nahtfarbe

Einfarbig  Beige  Weiß  Haut  Rosa  Pink

Rot

Lila

Grün

Hellblau

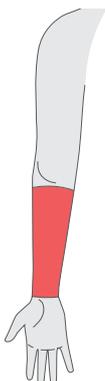
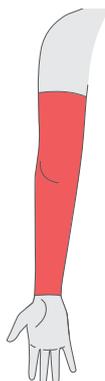
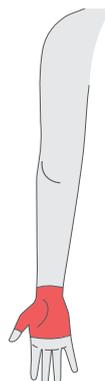
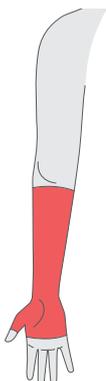
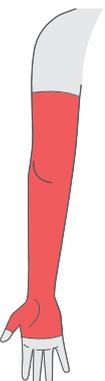
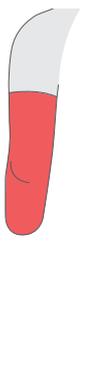
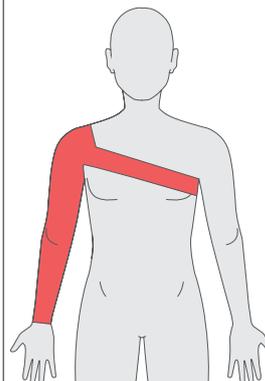
Royal Blau

Denim

Marineblau

Schwarz

### Versorgungen - Bitte geben Sie die gewünschte Menge an Versorgungen in den Feldern unten an

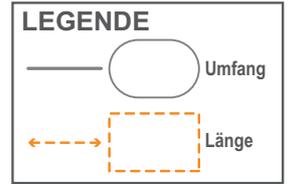
<input type="checkbox"/> <b>0515</b> Unterarm- strumpf (C-E) <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts 	<input type="checkbox"/> <b>0501</b> Armstrumpf (C-G) <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts 	<input type="checkbox"/> <b>0505</b> Fingerloser Handschuh <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts 	<input type="checkbox"/> <b>0516</b> Unterarmstrumpf mit fingerl. Handschuh (A-E) <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts 	<input type="checkbox"/> <b>0502</b> Armstrumpf mit fingerl. Handschuh (A-G) <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts 	<input type="checkbox"/> <b>1140</b> Armstumpf <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts 	<input type="checkbox"/> <b>0503</b> Armstrumpf (C-H) mit Schulterkappe <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts 
---	---	---	---	---	--	--

Wenn Sie fertig sind, klicken Sie bitte auf: [info@triconmed.de](mailto:info@triconmed.de) um Ihr elektronisches Bestellformular per E-Mail zu versenden

Bitte laden Sie Ihre elektronischen Formulare direkt von unserer Website herunter - [www.triconmed.de](http://www.triconmed.de)

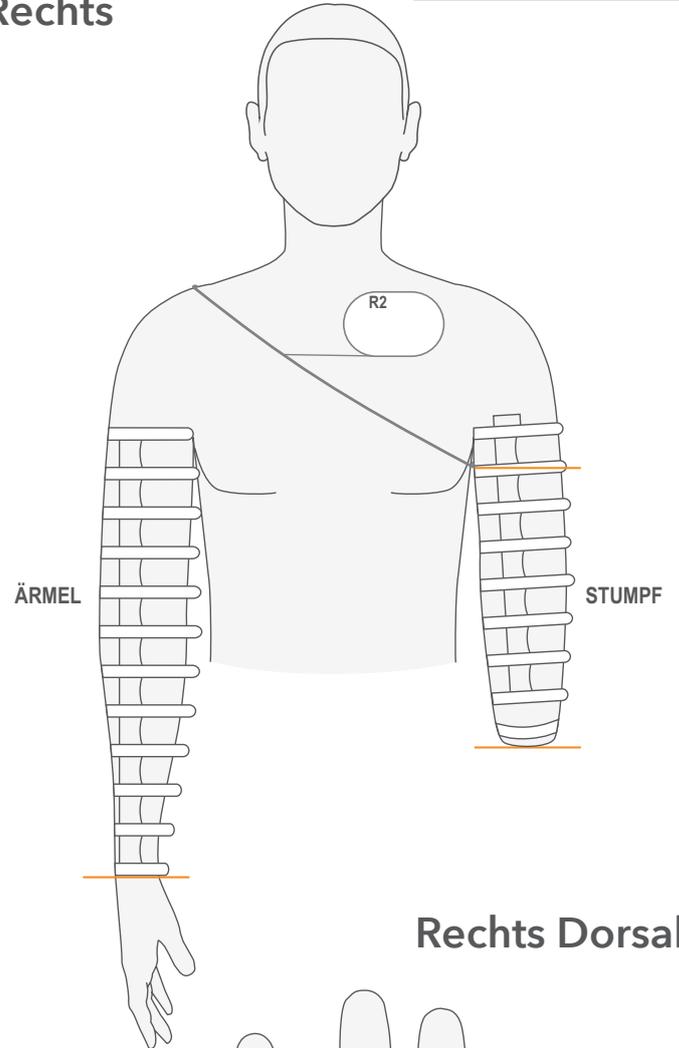
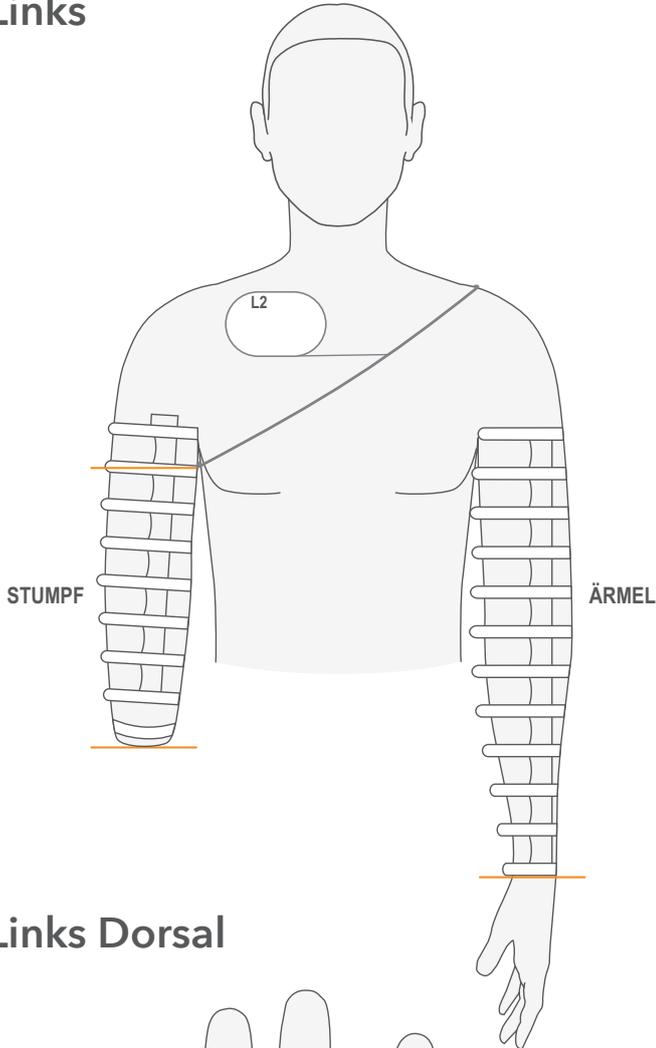
504 Bestellformular Arm

Bestellnr: \_\_\_\_\_ Patienten-Nr.: \_\_\_\_\_



**Links**

**Rechts**



**Links Dorsal**

**Rechts Dorsal**

