



Bestellformular für DZ Anzug Sensorisch-Dynamische Orthese

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

Einzelheiten der Bestellung

Datum: _____ Bedarfsdatum: _____
Bestellnr.: _____
Ansprechpartner: _____
Telefon-Nr.: _____
Email: _____
Verordner: _____
Lieferadresse: _____

Postleitzahl: _____

Angaben zum Patienten

Referenz-Nr. des Patienten: _____
Ist dies ihre erste SDO*? Nein Ja
Vorname: _____
Nachname: _____
Geburtsdatum: _____
Diagnose: _____

Technische Daten

Ärmel: Keine Ärmel Kurze Ärmel Lange Ärmel
Schritt: Offener Schritt Geschlossener Schritt
Gastrostomie-Stelle: Nein Ja (Bitte markieren Sie die Stelle nur bei der ersten Anprobe, falls eine Gastrostomie-Öffnung gewünscht ist. Das Kleidungsstück wird dann ohne Frontreißverschluss geliefert)

Reißverschlussposition (bitte angeben)

Vorne: Doppelte Vorderseite Doppelte Vorderseite mit Mittelblende Doppelter Expander-Reißverschluss auf der Vorderseite

Dieser Anzug wird standardmäßig mit einem geschlossenen Rückenreißverschluss geliefert.

Hinten: Geschlossen Länge: _____ cms

Motiv

- | | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Raumfahrer | <input type="checkbox"/> 2 Astronaut | <input type="checkbox"/> 3 Fußballer | <input type="checkbox"/> 4 Stürmer | <input type="checkbox"/> 5 Torwart | <input type="checkbox"/> 6 Schwarz |
| <input type="checkbox"/> 7 Silberner Azteke | <input type="checkbox"/> 8 Rosa Azteke | <input type="checkbox"/> 9 Leoparden-Blümchen | <input type="checkbox"/> 10 Lavendel | <input type="checkbox"/> 11 Gänseblümchen | <input type="checkbox"/> 12 Ultraviolett |
| <input type="checkbox"/> 13 Meerjungfrau | <input type="checkbox"/> 14 Sternenlicht | <input type="checkbox"/> 15 Marshmallow | <input type="checkbox"/> 16 Indianer | <input type="checkbox"/> 17 Blauer Frenchie | <input type="checkbox"/> 18 Beiger Frenchie |
| <input type="checkbox"/> 19 Kadett | <input type="checkbox"/> 20 Obergefreiter | <input type="checkbox"/> 21 Fliegeroffizier | <input type="checkbox"/> 22 Admiral | <input type="checkbox"/> 23 Major | <input type="checkbox"/> 24 General |

Bitte wählen Sie eines der oben genannten Motive aus, Ihr Kleidungsstück wird dann entsprechend dem gewählten Motiv hergestellt. Alternativ können Sie unten ein einfarbiges Kleidungsstück auswählen. Ohne Auswahl eines Motivs oder einer Farbe können wir Ihre Bestellung nicht bearbeiten.

Einfarbige Kleidungsstücke (Grundstoff, Verstärkungen, Einfassung und Fäden alle in derselben Farbe)

Weiß Beige Rosa Schwarz Marineblau/Schwarz* Weiche Bündchen

*Marinefarbener Grundstoff, schwarze Paneele, Einfassung und Fäden

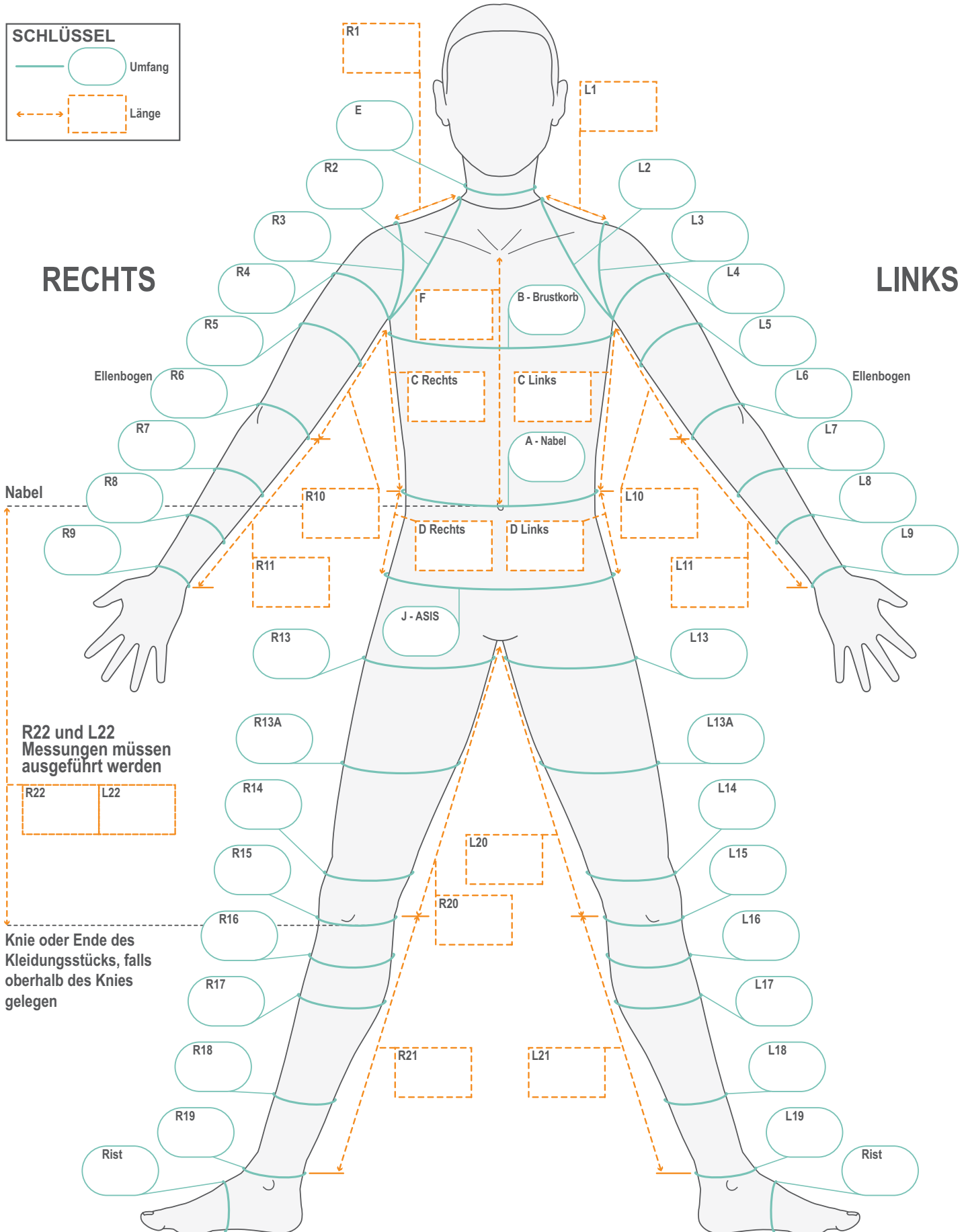
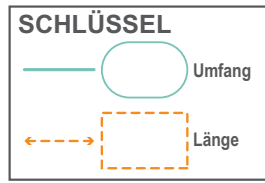
Fragen zu Ihrer Bestellung

Wenn Sie Fragen zu Ihrer Bestellung haben, wenden Sie sich bitte an info@triconmed.de vor dem absenden des Bestellformulars.

Wenn Sie fertig sind, klicken Sie bitte auf: 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

Bestellnr: _____ Referenz-Nr. des Patienten: _____



Wichtig: Bitte achten Sie bei der Messung für ein SDO®-Kleidungsstück darauf, dass der Patient im Liegen, in Rückenlage und in der besten Ausrichtungsstellung gemessen wird.

Bestellnr: _____ Referenz-Nr. des Patienten: _____

Wichtig: Bitte achten Sie bei der Messung für ein SDO®-Kleidungsstück darauf, dass der Patient im Liegen, in Rückenlage und in der besten Ausrichtungstellung gemessen wird.**Messungen des Umfangs (U)**

Links (cm) Rechts (cm)

A	U	Auf Höhe des Nabels		
B	U	In Höhe des Brustkorbs in einer Linie mit der Axillarfalte		
E	U	Halsansatz		
J	U	Auf gleicher Höhe mit dem vorderen Darmbeinstachel (Anterior Superior Iliac Spine, ASIS)		
2	U	Schultergelenk vom Halsansatz (an der Stelle, an der der Hals unterhalb des Ohrläppchens auf die Schulter trifft), unter der Achselhöhle hindurch und zurück zum selben Punkt. (Das Schulterblatt liegt an der Brustwand und der Arm an der Seite des Körpers). Man sollte in der Lage sein, einen Finger unter das Maßband an der Vorderseite der Achselhöhle zu schieben		
3	U	Vom Schultergelenk Akromion unter der Achselhöhle und zurück zum gleichen Punkt. (Das Schulterblatt liegt an der Brustwand und der Arm an der Seite des Körpers). Man sollte in der Lage sein, einen Finger unter das Maßband an der Vorderseite der Achselhöhle zu schieben		
4	U	Oberarm in Höhe der Achselhöhle. Der Arm sollte an der Seite sein		
5	U	Mittlerer Oberarm mit Muskelmasse des Bizeps		
6	U	Ellenbogengelenk mit ausgestrecktem Arm oder Ende des Ärmels		
7	U	Unterarm, am größten Muskelumfang		
8	U	Unterarm am muskulotendinösen Übergang (etwa 1/3 des Unterarms vom Handgelenk aufwärts)		
9	U	Handgelenk in Höhe der Handgelenksfalte oder des Ärmelendes		
13	U	Bein in Höhe der Leiste und der Gesäßfalte		
13A	U	Mittlere Oberschenkelhöhe mit Muskelmasse		
14	U	Oberhalb des Knies am suprapatellaren Rand oder am Ende der Shorts		
15	U	Auf Höhe des Kniegelenks (in Höhe der Kniescheibenmitte)		
16	U	Unterhalb des Knies am oberen Rand der Tuberositas tibiae		
17	U	Auf gleicher Höhe mit dem Hauptteil der Wade		
18	U	Auf Höhe der Unterschenkelmitte, an der muskulotendinösen Verbindungsstelle		
19	U	Knöchelhöhe mit dem oberen Rand des Innenknöchels		
Rist	U	Um den Rist oder die Taille des Fußes (nur wenn Steigbügel erforderlich)		

Messungen der Länge (L)

Links (cm) Rechts (cm)

C	L	Punkt auf Höhe der Achselfalte an der Seite nach unten bis zu einem Punkt auf Nabelhöhe messen		
D	L	Punkt auf Nabelhöhe zum vorderen Darmbeinstachel (ASIS) auf der Vorderseite		
F	L	2 cm unterhalb der Sternnummerbe bis zum Nabel auf der Vorderseite des Brustkorbs, wobei die Rippen in der besten Ausrichtungstellung gehalten werden. Dieses Maß bestimmt den Umfang des Halsausschnitts		
10	L	Achselhöhle bis zur Cubitalfalte am medialen Rand oder bis zum Ende des kurzen Ärmels		
11	L	Punkt in Höhe der Ellbogenfalte bis zur Handgelenksfalte oder Ende des langen Ärmels entlang der ulnaren Grenze des Unterarms		
20	L	Innenseite des Beins von der Leiste bis zum Knie oder Ende des SDO®		
21	L	Kniegelenk in einer Linie von der Mitte der Patella bis zum oberen Rand des Innenknöchels - gemessen am medialen Rand		
22*	L	Punkt in Nabelhöhe auf der Vorderseite bis zum Knie oder bis zum Ende des Kleidungsstücks, falls es über dem Knie liegt		

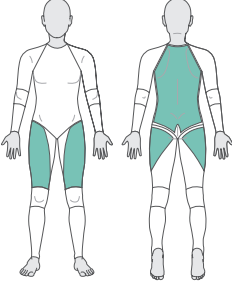
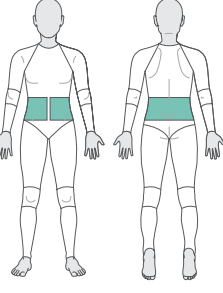
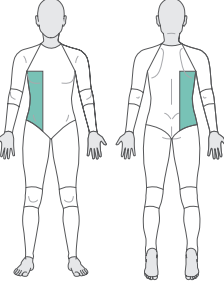
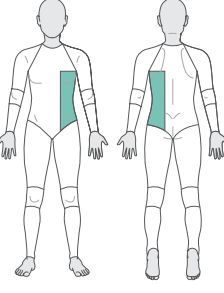
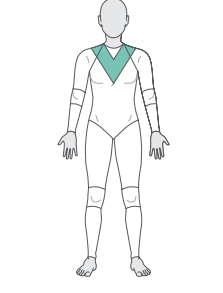
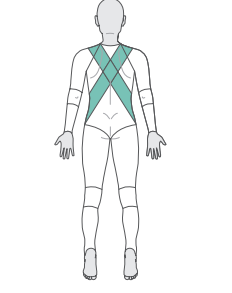
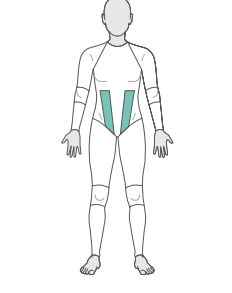
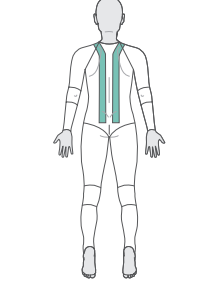
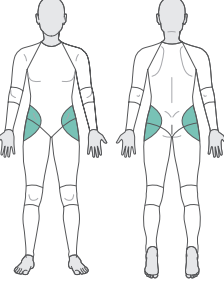
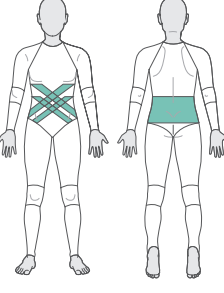
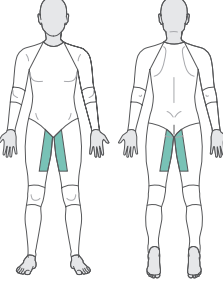
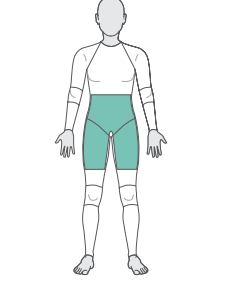
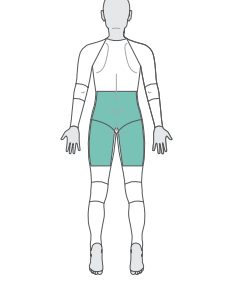
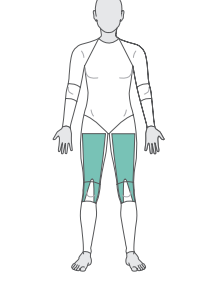
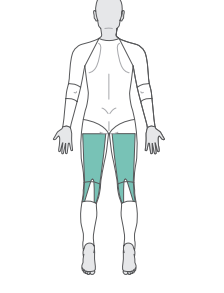
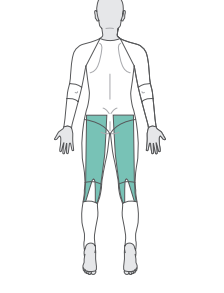
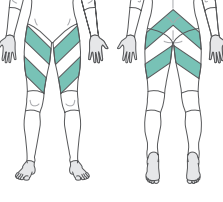
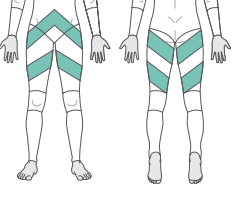
Hinweis: Messungen R22 und L22 müssen ausgeführt werden. Ohne diese Angaben können wir Ihre Bestellung nicht bearbeiten*Längenmessung für Ärmellose Anzüge (L)**

Links (cm) Rechts (cm)

1	L	Acromion bis zum Halsansatz oder die für den Ärmellosen Anzug erforderliche Breite		
---	---	--	--	--

Bestellnr: _____ Referenz-Nr. des Patienten: _____

Verstärkungselemente (Bitte angeben)

<p>Standard-Verstärkungen</p> <p>Zur Unterstützung der Aussendrehung der Hüfte und der Rückenstreckung</p> <p><input type="checkbox"/> SP Standard Verstärkungen im Lieferumfang der Anzüge</p>  <p>Vorderseite Rückseite</p>	<p>Lenden-Verstärkungen</p> <p>Zur Unterstützung der posturalen Kontrolle</p> <p><input type="checkbox"/> LP Erstreckt sich bis _____ cm über dem Nabel</p>  <p>Vorderseite Rückseite</p>	<p>Seitliche Rumpf-Verstärkungen</p> <p>Zur Korrektur der linken Lateralflexion</p> <p><input type="checkbox"/> TPL</p>  <p>Vorderseite Rückseite</p>	<p>Seitliche Rumpf-Verstärkungen</p> <p>Zur Korrektur der rechten Lateralflexion</p> <p><input type="checkbox"/> TPR</p>  <p>Vorderseite Rückseite</p>	<p>Brustverstärkung</p> <p>Unterstützung der Protraktion der Schulterblätter</p> <p><input type="checkbox"/> CP1</p>  <p>Vorderseite</p>	<p>Querverstärkungen</p> <p>Unterstützung der Retraction Schulterblätter und Rückenstreckung</p> <p><input type="checkbox"/> CP2</p>  <p>Rückseite</p>
<p>Unterleib-verstärkungen</p> <p>Widerstand gegen Lordose</p> <p><input type="checkbox"/> AP</p>  <p>Vorderseite</p>	<p>Rücken-verstärkungen</p> <p>Gegen Kyphose</p> <p><input type="checkbox"/> BP</p>  <p>Rückseite</p>	<p>Hüft-verstärkungen</p> <p>Zur Unterstützung der Hüftkontrolle und Außenrotation</p> <p><input type="checkbox"/> HP</p>  <p>Vorderseite Rückseite</p>	<p>Schräge Verstärkungen</p> <p>Zur Unterstützung der Aktivierung der schrägen Muskeln</p> <p><input type="checkbox"/> OP</p>  <p>Vorderseite Rückseite</p>	<p>Mediale Oberschenkel-verstärkungen</p> <p>Zur Unterstützung der Adduktion und der Innenrotation</p> <p><input type="checkbox"/> ULM</p>  <p>Vorderseite Rückseite</p>	<p>Beckenverstärkung</p> <p>Widerstand gegen posteriore Neigung</p> <p><input type="checkbox"/> APP</p>  <p>Vorderseite</p>
<p>Becken-verstärkung</p> <p>Um der Vorwärtsneigung entgegenzuwirken und Förderung Hüftstreckung</p> <p><input type="checkbox"/> PPP</p>  <p>Rückseite</p>	<p>Bein-verstärkung</p> <p>Zur Unterstützung der Kniestreckung Nur langes Bein</p> <p><input type="checkbox"/> KE</p>  <p>Vorderseite</p>	<p>Bein-verstärkung</p> <p>Zur Unterstützung der Kniebeugung Nur langes Bein</p> <p><input type="checkbox"/> KF</p>  <p>Rückseite</p>	<p>Bein-verstärkung</p> <p>Zur Unterstützung Hüftstreckung</p> <p><input type="checkbox"/> HE</p>  <p>Rückseite</p>	<p>Aussen-Drehungs-verstärkung</p> <p>Zur Unterstützung der Aussen- Drehung der Hüften</p> <p><input type="checkbox"/> ERP Bei schiefen Hüften bitte angeben, auf welcher Seite: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R</p>  <p>Vorderseite Rückseite</p>	<p>Innen-Drehungs-verstärkung</p> <p>Zur Unterstützung der Innen- Drehung der Hüften</p> <p><input type="checkbox"/> IRP Bei schiefen Hüften bitte angeben, auf welcher Seite: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R</p>  <p>Vorderseite Rückseite</p>

Bestellnr: _____ Referenz-Nr. des Patienten: _____

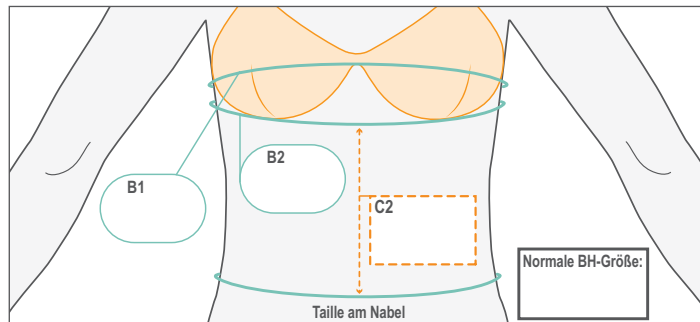
Skoliose-Verstärkungspaneelle (Bitte angeben)

<p>S-förmige Skoliose-verstärkung Zur Unterstützung der Korrektur der rechten thorakalen und linken lumbalen Krümmungen</p> <p><input type="checkbox"/> SPL</p> <p>Rückseite</p>	<p>S-förmige Skoliose-verstärkung Zur Unterstützung der Korrektur der linken thorakalen und rechten lumbalen Krümmungen</p> <p><input type="checkbox"/> SPR</p> <p>Rückseite</p>	<p>C-förmige Skoliose-verstärkung Zur Unterstützung der Korrektur der rechten Brustkorbkrümmung</p> <p><input type="checkbox"/> CPL</p> <p>Rückseite</p>	<p>C-förmige Skoliose-verstärkung Zur Unterstützung der Korrektur der linken Brustkorbkrümmung</p> <p><input type="checkbox"/> CPR</p> <p>Rückseite</p>	<p>C-förmige Skoliose-verstärkung Zur Unterstützung der Korrektur der rechten Lendenkrümmung</p> <p><input type="checkbox"/> Untere CPL</p> <p>Rückseite</p>	<p>C-förmige Skoliose-verstärkung Zur Unterstützung der Korrektur der linken Lendenkrümmung</p> <p><input type="checkbox"/> Untere CPR</p> <p>Rückseite</p>
---	---	---	--	---	--

Skoliose-Messungen

Links (cm) Rechts (cm)

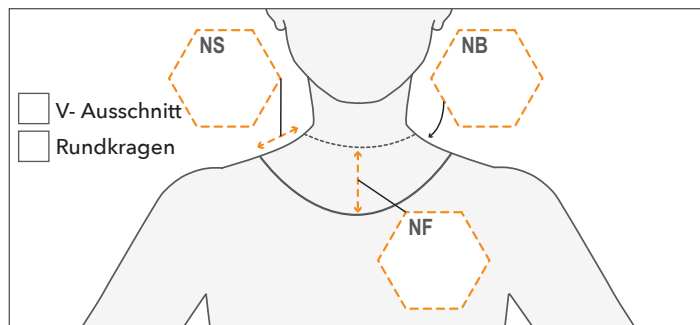
L	Von der Achselhöhle bis zum Mittelpunkt des ersten Verstärkungs		
L	Taille bis zum Mittelpunkt des zweiten Verstärkungs		
L	Breite des Verstärkungs		



Maße für BH-Weste

(cm)

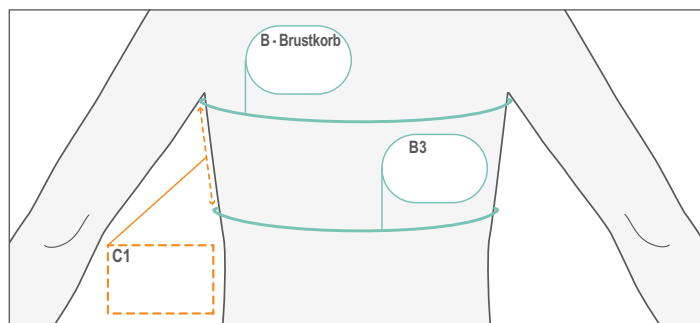
B1	U	Überbrustweite	
B2	U	Unterbrustweite	
C2	L	Länge von Unterbrust bis Taille	
Normale BH-Größe			



Maße für die Halslinie

(cm)

NS	L	Länge des Halsausschnitts an der Seite	
NF	L	Länge des Halsausschnitts vorne	
NB	L	Länge des Halsausschnitts auf der Rückseite	



Maße der Rippenaufweitung

(cm)

B	U	Brustumfang in Höhe der Axillarfalte	
B3	U	Rippenumfang an der breitesten Stelle	
C1	L	Länge von der Achselhöhle bis zum Rippenbogen an der breitesten Stelle	