



Bestellformular für Shorts und Leggings

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

Beine: Kurze Beine Lange Beine
Schritt: Offener Schritt Geschlossener Schritt
Hoch tailliert: Nein Ja
Träger: Nein Ja
Silikonumrandung: Nein Ja

Reißverschlussposition (bitte angeben)

Vorne: Ohne Reißverschluss Vorderseite Mitte Vorderseite Doppelt Reflux / Unterleibs-Reißverschluss
Beine: Ohne Reißverschluss Beinaußenseite Innen: Umgekehrt Innen: zur Vorderseite der Naht
Seitennaht: Taille bis Hüfte Hüfte bis Beinende

Motiv

- | | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Raumpfänger | <input type="checkbox"/> 2 Astronaut | <input type="checkbox"/> 3 Fußballer | <input type="checkbox"/> 4 Stürmer | <input type="checkbox"/> 5 Torwart | <input type="checkbox"/> 6 Noir |
| <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 Starlight | <input type="checkbox"/> 15 Marshmallow | <input type="checkbox"/> 16 Tribal | <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 Pilotoffizier | <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

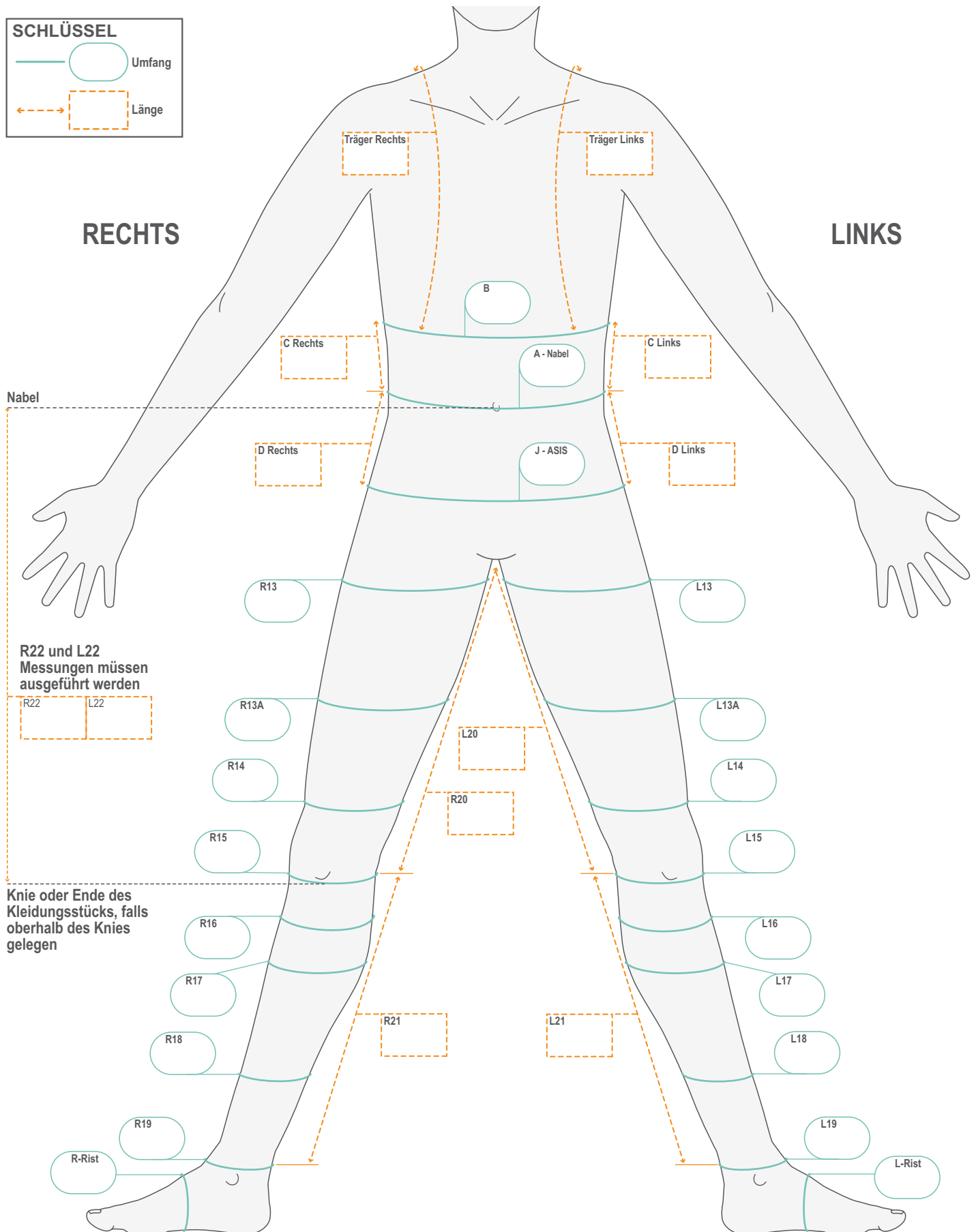
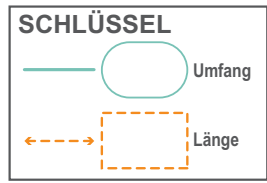
Fragen zu Ihrer Bestellung

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		
J	U	Auf gleicher Höhe mit dem vorderen Darmbeinstachel (Anterior Superior Iliac Spine, ASIS)		
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	In Höhe des oberen Randes des Innenknöchels		
Rist	U	Um den Rist oder die Taille des Fußes (nur wenn Steigbügel erforderlich)		

Messungen der Länge (L)

Links (cm) Rechts (cm)

D	L	Punkt auf Nabelhöhe zum vorderen Darmbeinstachel (ASIS) auf der Vorderseite		
20	L	Innenseite der Leiste bis zum Knie oder Ende der 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*ShapeMessungen des Umfangs für
Shorts & Leggings mit hoher Taille (U)**

(cm)

B	U	Oberkante der Shorts oder Leggings		
---	---	------------------------------------	--	--

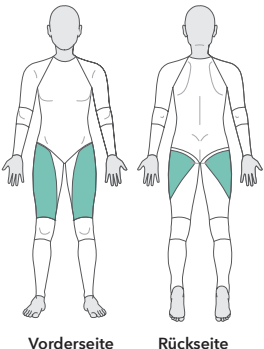
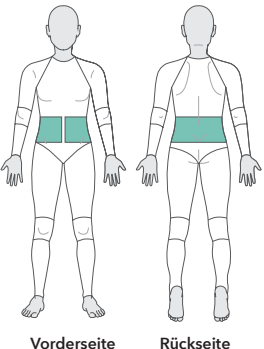
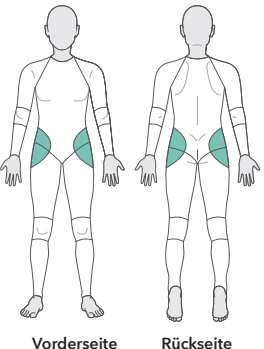
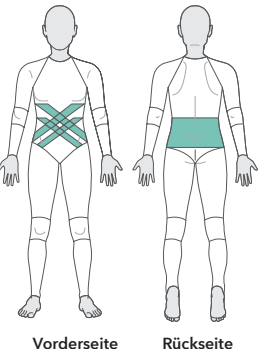
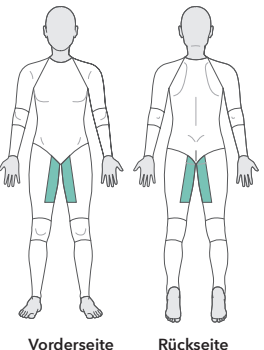
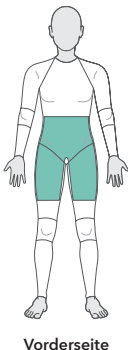
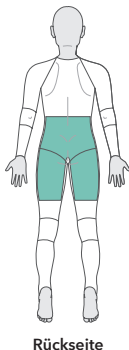
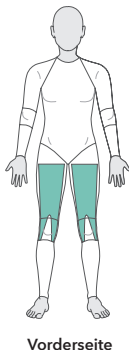
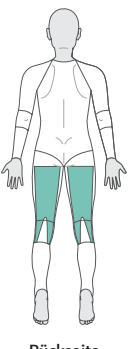
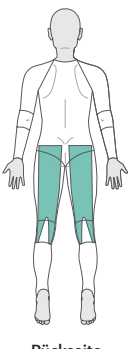
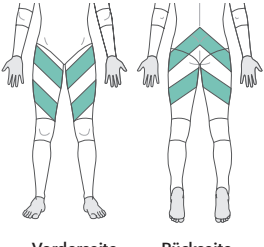
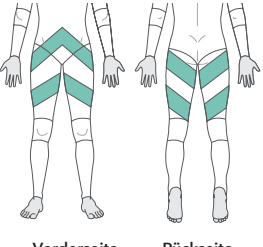
**Messung der Länge für
Shorts & Leggings mit hoher Taille (L)**

Links (cm) Rechts (cm)

C	L	Oberkante der Shorts bis zur Taille (A)		
Träger	L	Länge der Träger (nur wenn Träger erforderlich sind) Polycotton-Material mit verstellbarem D-Ring-Verschluss		

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</p> <p>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</p> <p>Erstreckt sich bis _____ cm über dem Nabel</p>  <p>Vorderseite 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 at the hips</p> <p><input type="checkbox"/> ERP</p> <p>Bei schiefen Hüften bitte angeben, auf welcher Seite:</p> <p><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</p> <p>Bei schiefen Hüften bitte angeben, auf welcher Seite:</p> <p><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R</p>  <p>Vorderseite Rückseite</p>