



Bestellformular für Schlafanzug oder Schlafshorts 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

Kleidungsstück: Schlafanzug Schlafshorts

Silikonumrandung: Nein Ja

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)

Motiv

- | | | | | | |
|---|---|---|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Raumpilot | <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)

- | | | | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Weiß | <input type="checkbox"/> Beige | <input type="checkbox"/> Rosa | <input type="checkbox"/> Schwarz | <input type="checkbox"/> Marineblau/Schwarz* | <input type="checkbox"/> Weiche Bündchen |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--|--|
- *Marinefarbener Grundstoff, schwarze Paneele, Einfassung und Fäden

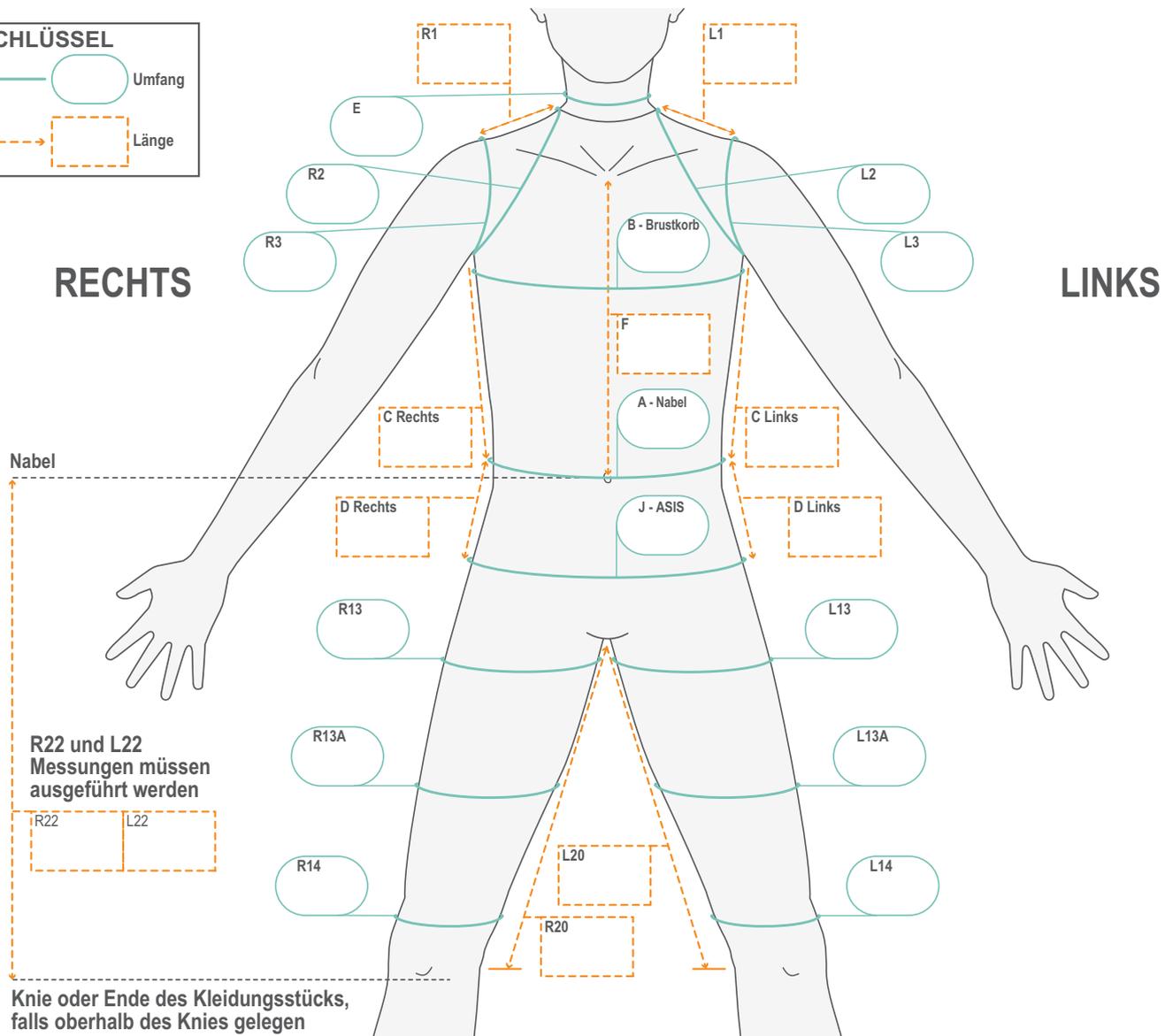
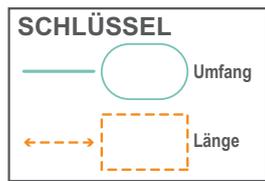
Fragen zu Ihrer Bestellung

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 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 Ohrfläppchens 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		
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		

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 der Länge (L)



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 Sternnummer bis zum Nabel auf der Vorderseite des Brustkorbs, wobei die Rippen in der besten Ausrichtungstellung gehalten werden. Dieses Maß bestimmt den Umfang des Halsausschnitts		
20	L	Innenseite des Beins von der Leiste bis zum Knie oder Ende des SDO®		
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 Schlafanzüge (L)

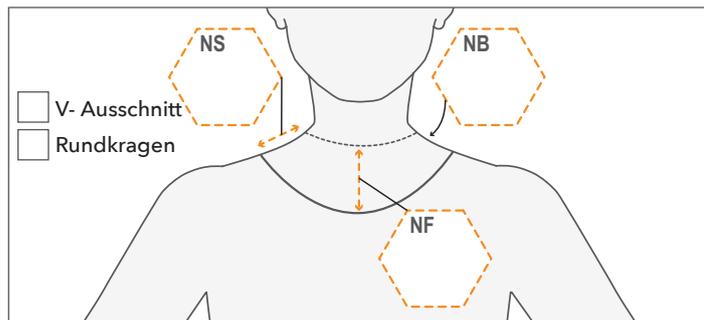


1	L	Acromion bis zum Halsansatz oder die für den Schlafanzug erforderliche Breite		
---	---	---	--	--

HINWEIS: Für Sleep Shorts - die Maße E, 1, 2 und 3 sind nicht erforderlich

Verstärkungselemente (Bitte angeben)

<p>Standard-Verstärkungen</p> <p>Zur Unterstützung der Aussendrehung der Hüfte und der Rückenstreckung</p> <p>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>Aussen-Drehungs-verstärkung</p> <p>Zur Unterstützung der Aussen-Drehung der Hüften</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>
--	--	---	---



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	