Telefon 0 53 21/ 34 76 - 0 · Fax 0 53 21/ 34 76 - 25 · 0800 / 34 37 8 00

Maßauftrag für Kompressionsarmstrümpfe

Gesund Strumpfen in **EGERTINA-PHLEBO**

Name _____

Vorname _____

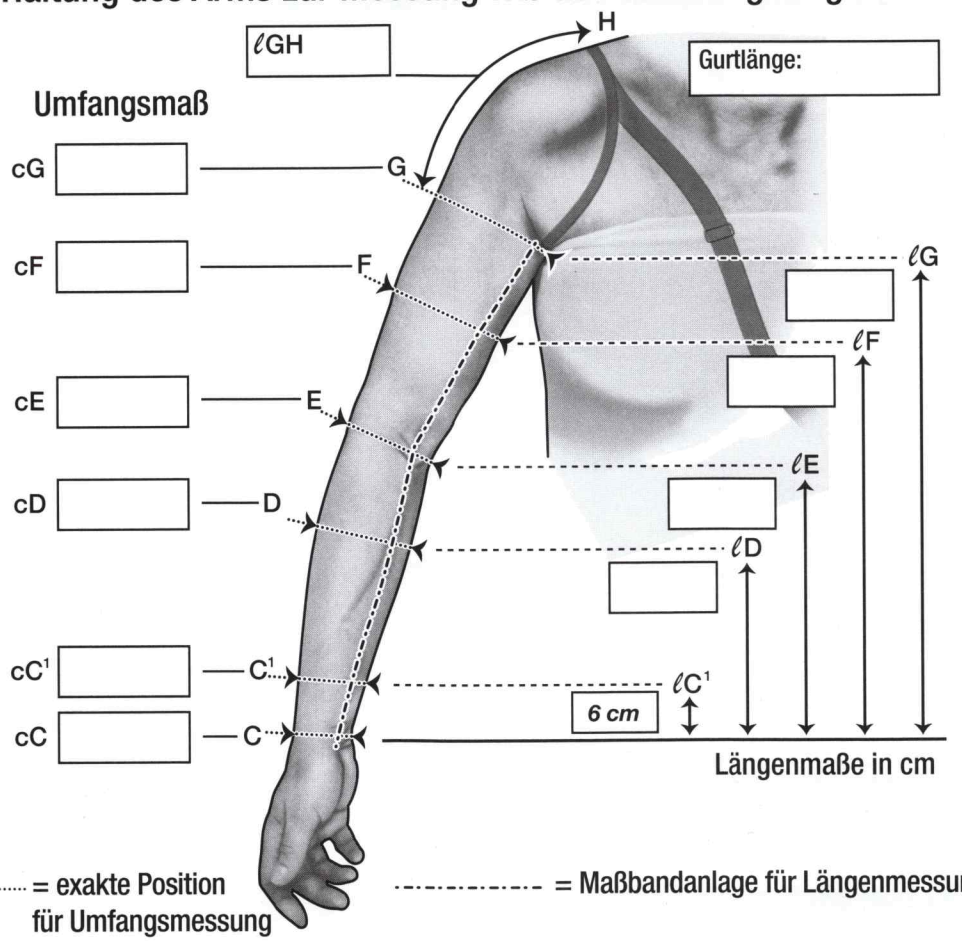
Alter m/w _____

letzte Prod.-Nr. _____

Datum _____

Mitarbeiter _____

Haltung des Arms zur Messung wie auf Abbildung dargestellt!



Ohne Naht		KKL.	
MICROTINA	W1	1	☐
MICROTINA	W2	2	☐
EGERTINA	G	2	☐
EGERTINA	B	2	☐
EGERTINA	N	2	☐

Menge Armstrumpf

☐ links ☐ rechts

..... Stück

Farbe: _____

Ausführung Armstrumpf

☐ CG

☐ Segmente .....

Befestigungen

☐ Noppenhaftrand

☐ schmal (3 cm)

☐ breit (5 cm)

☐ *mit Schulterkappe*

☐ Schultergurt (3 cm)

☐ mit BH-Befestigung /

☐ Breite des BH-Trägers ..... cm

Bemerkungen:

.....

.....

.....

PDF per E-mail senden:

.....

.....

.....

Bitte freilassen!

01/2015