

◆ Patientendatenblatt für teilnehmende Anwender am Seminar Prothetik



Fax: +49 (0) 7161 15684 - 333 | E-Mail: bestellungen@teufel-international.com

Firma: _____ Kunden-Nr.: _____
Ansprechpartner: _____ Telefon: _____ Mobil: _____

Anwender

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Gewünschte Verpflegung: Standard Vegetarisch Vegan Ohne Schweinefleisch
Konfektionsgröße T-Shirt: S M L XL XXL
Amputation: AK Knie-Ex. BK
Seite: Links Rechts
Zimmer: Standard Barrierefrei

Aktuelle Versorgung

Mobilitätsgrad: 1 2 3 4
Aktuelle Versorgung seit: _____
Fuß Größe: _____ Hersteller: _____ Typ: _____
Liner Größe: _____ Hersteller: _____ Typ: _____
Liner Ausführung: Locking Cushion
Kniegelenk Hersteller: _____ Typ: _____

Testversorgung Seminar

Patientenangaben
Stumpflänge/cm: _____
Körpergröße/cm: _____
Gewicht/kg: _____
Kniespalt - Boden/cm: _____
Fußlänge/cm: _____
Bauhöhe zum Schaft/cm: _____

Komponentenauswahl
Größe Liner: _____ Größe Sleeve: _____
Lock/Ventil: _____
Kniegelenk: R1 Sensor P41
 WLD31 Selbst mitgebrachtes Gelenk
 ILK
Fußtyp: META Arc MakStride DuraWalk
 Selbst mitgebrachter Fuß