

erimed

Beställningssedel College Park TruStep fot

Ortopedingenjörens namn: _____

OTA adress: _____

Tele: _____ Fax: _____

Patientuppgifter

Namn: _____

Herr Dam Ålder: _____

Amputerad sedan: _____ Längd: _____ Vikt: _____

Aktivitetsnivå: Hög 5 4 3 2 1 Låg

Har tidigare gått på: _____

Höger storlek: _____ Underben Lårben Stumplängd: _____

Vänster storlek: _____ Underben Lårben Stumplängd: _____

Fotkosmetik: vit svart

Ankel val: Integrerad pyramid
Rör/fot tätning (tillval)
Röradapter 30 mm (tillval)
Rör med adapter 30 mm (tillval)

Tillbehör: _____

erimed international Box 5028, 141 05 Huddinge
Tel 08- 449 56 50, Fax 08- 646 47 67, info@erimed.se