



## Beställningsedel College Park *Tribute* fot

Ortopedingenjörrens namn: \_\_\_\_\_

OTA adress: \_\_\_\_\_

Tele: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Patientuppgifter

Namn: \_\_\_\_\_

Har tidigare gått på: \_\_\_\_\_

Vikt på patient: \_\_\_\_\_ kg

Höger storlek: \_\_\_\_\_

Vänster storlek: \_\_\_\_\_

Fotkosmetik:    vit    svart

Röradapter 30 mm (tillval)

Rör med adapter 30 mm (tillval)

Tillbehör: \_\_\_\_\_