

Eingang
Bearbeiter
Vorgang

Maßblatt Daumenprothese ^{v1}

Auftragsnr.	<input type="text"/>	Datum	<input type="text"/>
Firma	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Techniker	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

Patientendaten

Name	<input type="text"/>	Betroffene Seite	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich

Saugkanal ja nein Nägel Silikon Acryl

Daumengegengriffprothese

Definitive Daumenprothese individuelle Form und Farbe

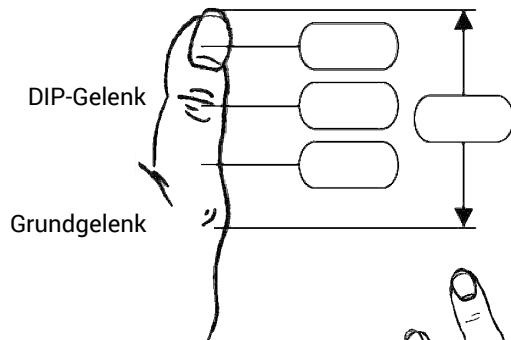
Definitive Daumenprothese nach Farbmuster PVC-Handschuh

gewählter Handschuh

Hersteller

Bemerkungen

Bitte die Umfänge der erhaltenen Seite eintragen



Bitte die Stumpflänge und die Umfänge der betroffenen Seite eintragen

