



Massblatt Fingerprothese

Kundennr.: _____ Firma: _____

Auftragsnr.: _____ Strasse.: _____

Datum: _____ PLZ/Ort: _____

Orthopädie-Techniker: _____ Telefon: _____ Fax: _____

Patientendaten

Name: _____ Betroffene Seite: links rechts

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

Saugkanal: ja nein

Nägel: Silikon Acryl

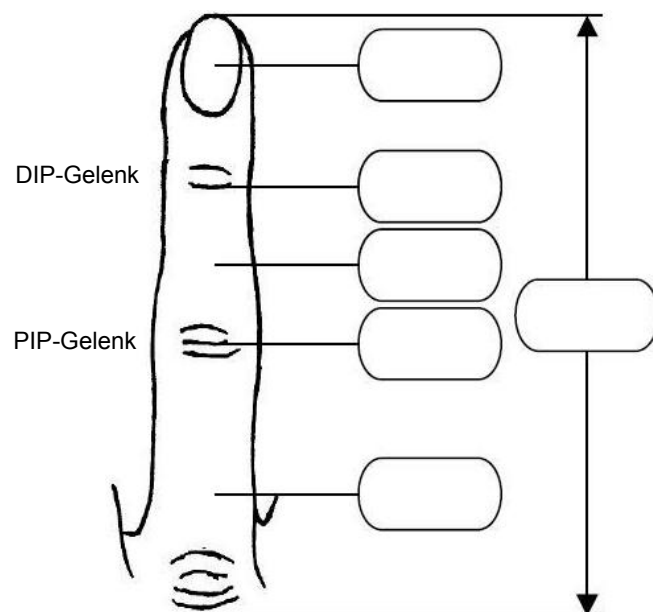
Definitive Fingerprothese individuelle Form und Farbe

Definitive Fingerprothese nach Farbmuster PVC-Handschuh: _____

gewählter Handschuh: _____ Hersteller: _____

Bemerkungen: _____

Bitte die Umfänge der erhaltenen Seite eintragen



Bitte die Stumplänge und die Umfänge der betroffenen Seite eintragen

