



Massblatt Narbenkompressionsmaske

Kundennr.: _____ Firma: _____
Auftragsnr.: _____ Strasse.: _____
Datum: _____ PLZ/Ort: _____
Orthopädie-Techniker: _____ Telefon: _____ Fax: _____

Patientendaten

Name: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich

mit harter Maske KUPLA 3 mm 4 mm

ohne harte Maske KUPLA

Standard Silikon 20 shore, 2 mm dick

andere Silikone ____ shore, ____ mm dick

Farbe: _____

Verbrennungsgrad: _____

Bemerkungen:

Narben und Maskenverlauf bitte in die unteren Skizzen einzeichnen

