

Verordnung

Spital:.....Zimmer-Nr:.....
Name:..... w ...m
Adresse:.....
Ort und Plz:.....e-mail:.....
Telefon-Nr:.....Geboren:.....
Diagnose:
.....

Hilfsmittel für: Rechte Seite Linke Seite

Halbfabrikate:

- Foot Up Dictus Foot Up Rebound Foot Up
- Fussheber PP Steigbügel Malleo Neurexa
- Centri Orthese Thönnissen Support
- dorsale dyn. Fussheberorthese ventrale dyn. Fussheberorthese
- Knieorthese.....

Individuelle Massversorgung:

- Neuroswing Unterschenkel Orthese Knieorthese
- Oberschenkelorthese

Bitte Kundin/e kontaktieren: Kundin/e meldet sich:

Verordnet durch: