

# Maßblatt Silikonfinger



Firma	Techniker	Techniker Email	Tel
Adresse:	PLZ:	Ort:	

## Patientendaten:

Patientenname ( Verschlüsselt):	Geschlecht
Geburtsdatum:	Betroffener Finger: L1 L2 L3 L4 L5 R1 R2 R3 R4 R5

## Notizen:

---

---

---

---

## Zusammenstellung:

- Probeprothese
- Fingerprothese Natural (auf Anfrage)
- Fingerprothese Classic (max. 3 Farben)
- Fingerprothese Basic

## Nageldesign:

- Acryl
- Silikon

# Maßblatt Silikonfinger

Bitte zeichnen Sie die **Stumpflänge** in das vorhandene Bild.  
Tragen Sie die **Stumpflänge**, sowie die **Umfänge** ein.

Bitte erstellen Sie einen **Alginatabdruck** von dem erhaltenen Finger

