

Techniker

Firma	Straße
Techniker	PLZ / Ort
Telefon	E-Mail Adresse

Patientendaten

Name (verschlüsselt)	Geburtsdatum
-------------------------	--------------

Betroffene Seite

links	rechts
-------	--------

Geschlecht

männlich	weiblich
----------	----------

Betroffene Finger

L1	R1
L2	R2
L3	R3
L4	R4
L5	R5

Zusammenstellung

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

Nageldesign

Acryl
Silikon

Bitte erstellen Sie einen Alginatabdruck von dem erhaltenen Finger.

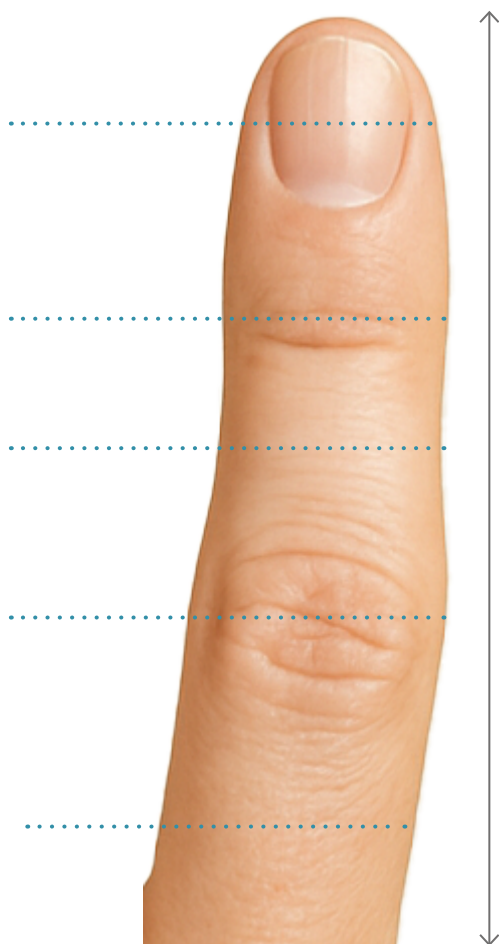
Patientendaten

Name
(verschlüsselt)

Betroffene Seite

links

rechts



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

.....

Umfangmaß

↔

Längenmaß