

Maßblatt Teilhandprothese

Techniker

Firma
Techniker
Telefon

Straße
PLZ / Ort
E-Mail Adresse

Patientendaten

Name (verschlüsselt)
Geschlecht

Geburtsdatum
Versanddatum

Betroffene Seite

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

Geschlecht

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

Betroffene Finger

L1	R1
L2	R2
L3	R3
L4	R4
L5	R5

Zusammenstellung

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

Nageldesign

Acryl
Silikon

Bitte erstellen Sie einen Alginatabdruck von der erhaltenen Seite.

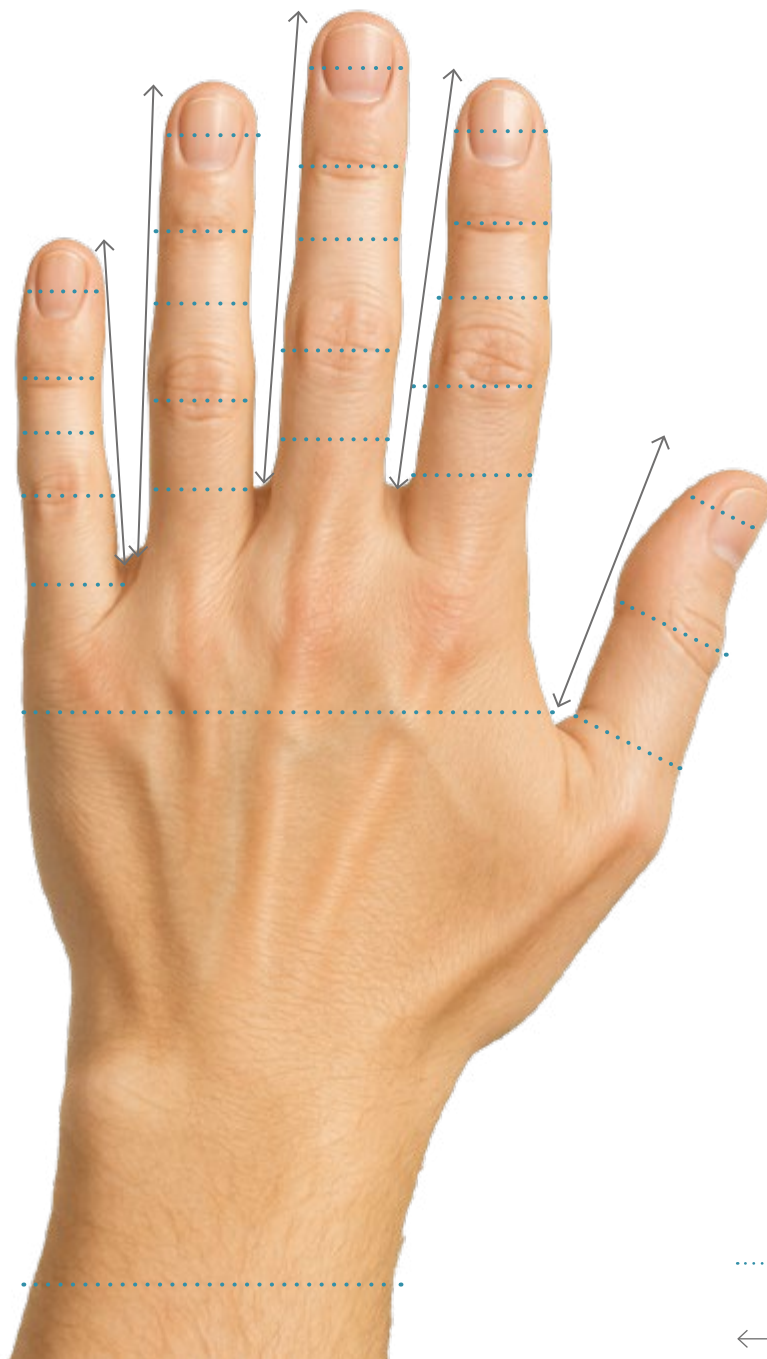
Maßblatt Teilhandprothese

Patientendaten

Name
(verschlüsselt)

Betroffene Seite

links



.....

Umfangmaß

↔

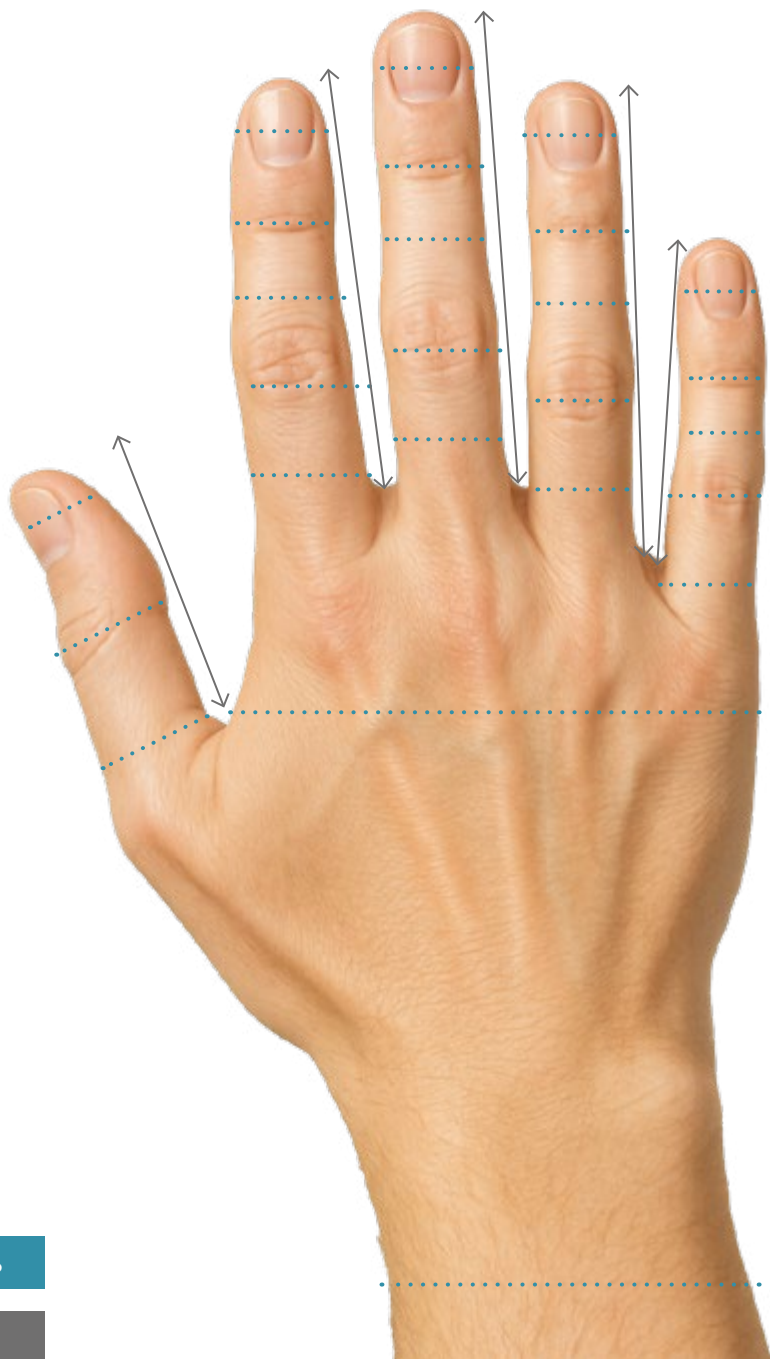
Breitenmaß

Patientendaten

Name
(verschlüsselt)

Betroffene Seite

rechts



Umfangmaß



Breitenmaß