

# Maßblatt Silikonfinger

## Techniker

|                  |  |                       |  |
|------------------|--|-----------------------|--|
| <b>Firma</b>     |  | <b>Straße</b>         |  |
| <b>Techniker</b> |  | <b>PLZ / Ort</b>      |  |
| <b>Telefon</b>   |  | <b>E-Mail Adresse</b> |  |

## Patientendaten

|                                |  |                     |  |
|--------------------------------|--|---------------------|--|
| <b>Name</b><br>(verschlüsselt) |  | <b>Geburtsdatum</b> |  |
|--------------------------------|--|---------------------|--|

## Betroffene Seite

|              |  |               |  |
|--------------|--|---------------|--|
| <b>links</b> |  | <b>rechts</b> |  |
|--------------|--|---------------|--|

## Geschlecht

|                 |  |                 |  |
|-----------------|--|-----------------|--|
| <b>männlich</b> |  | <b>weiblich</b> |  |
|-----------------|--|-----------------|--|

## Betroffene Finger

|           |  |           |  |
|-----------|--|-----------|--|
| <b>L1</b> |  | <b>R1</b> |  |
| <b>L2</b> |  | <b>R2</b> |  |
| <b>L3</b> |  | <b>R3</b> |  |
| <b>L4</b> |  | <b>R4</b> |  |
| <b>L5</b> |  | <b>R5</b> |  |

## Zusammenstellung

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| <b>Probeprothese</b>                             |  |
| <b>Fingerprothese Natural</b><br>(auf Anfrage)   |  |
| <b>Fingerprothese Classic</b><br>(max. 3 Farben) |  |
| <b>Fingerprothese Basic</b>                      |  |

## Nageldesign

|                |  |
|----------------|--|
| <b>Acryl</b>   |  |
| <b>Silikon</b> |  |

Bitte erstellen Sie einen Alginatabdruck von dem erhaltenen Finger.

**Formular per E-Mail absenden**

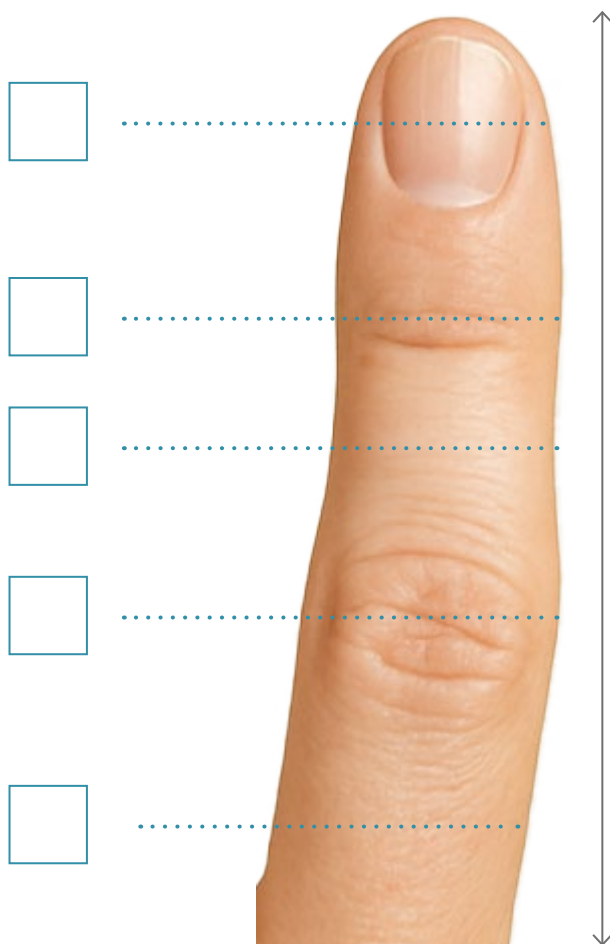
## Patientendaten

**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**

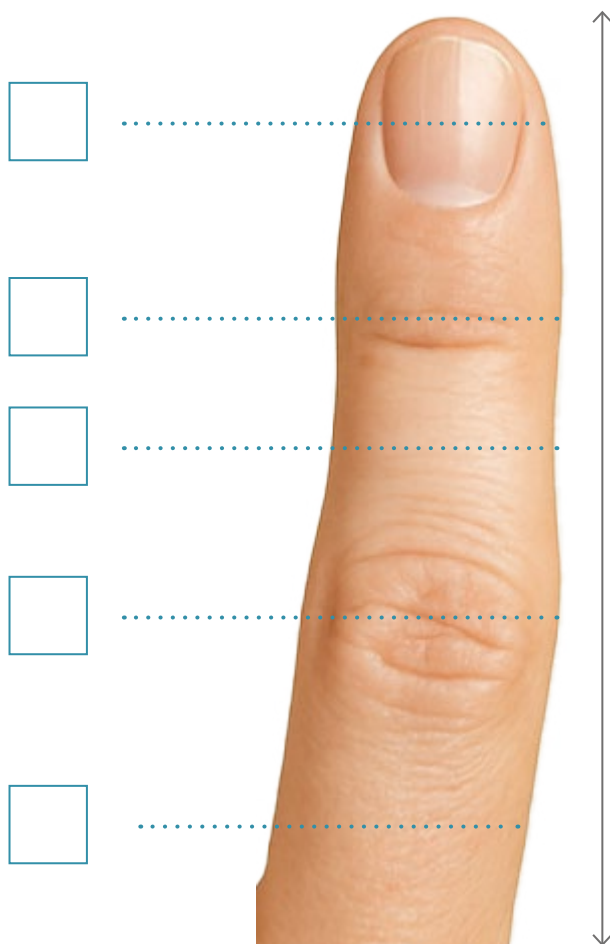
## Patientendaten

**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**

## Patientendaten

**Name**  
(verschlüsselt)

## Notizen