

Maßblatt Teilhandprothese

Techniker

Firma	
Techniker	
Telefon	

Straße	
PLZ / Ort	
E-Mail Adresse	

Patientendaten

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

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.

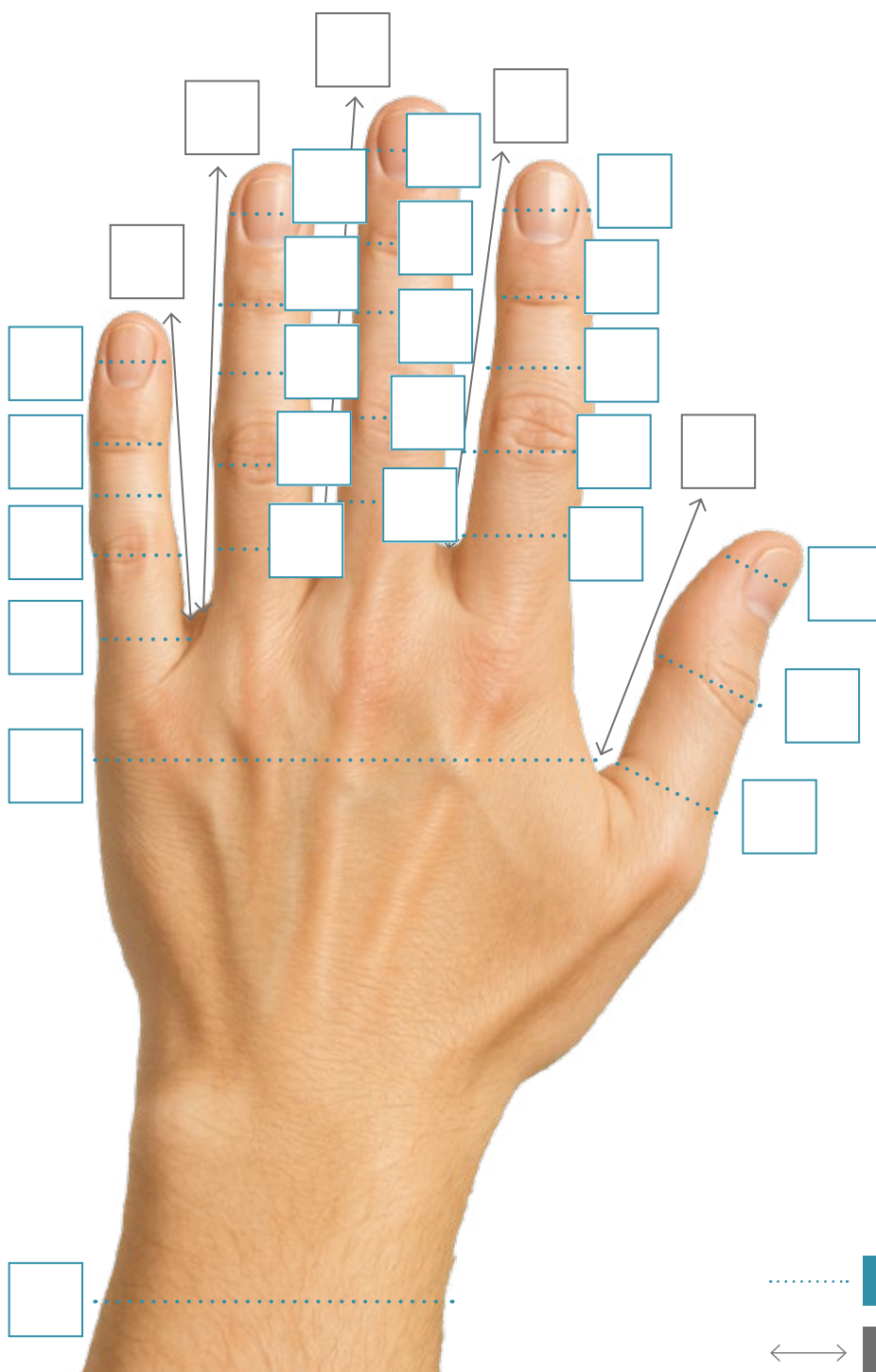
Formular per E-Mail absenden

Patientendaten

Name
(verschlüsselt)

Betroffene Seite

links

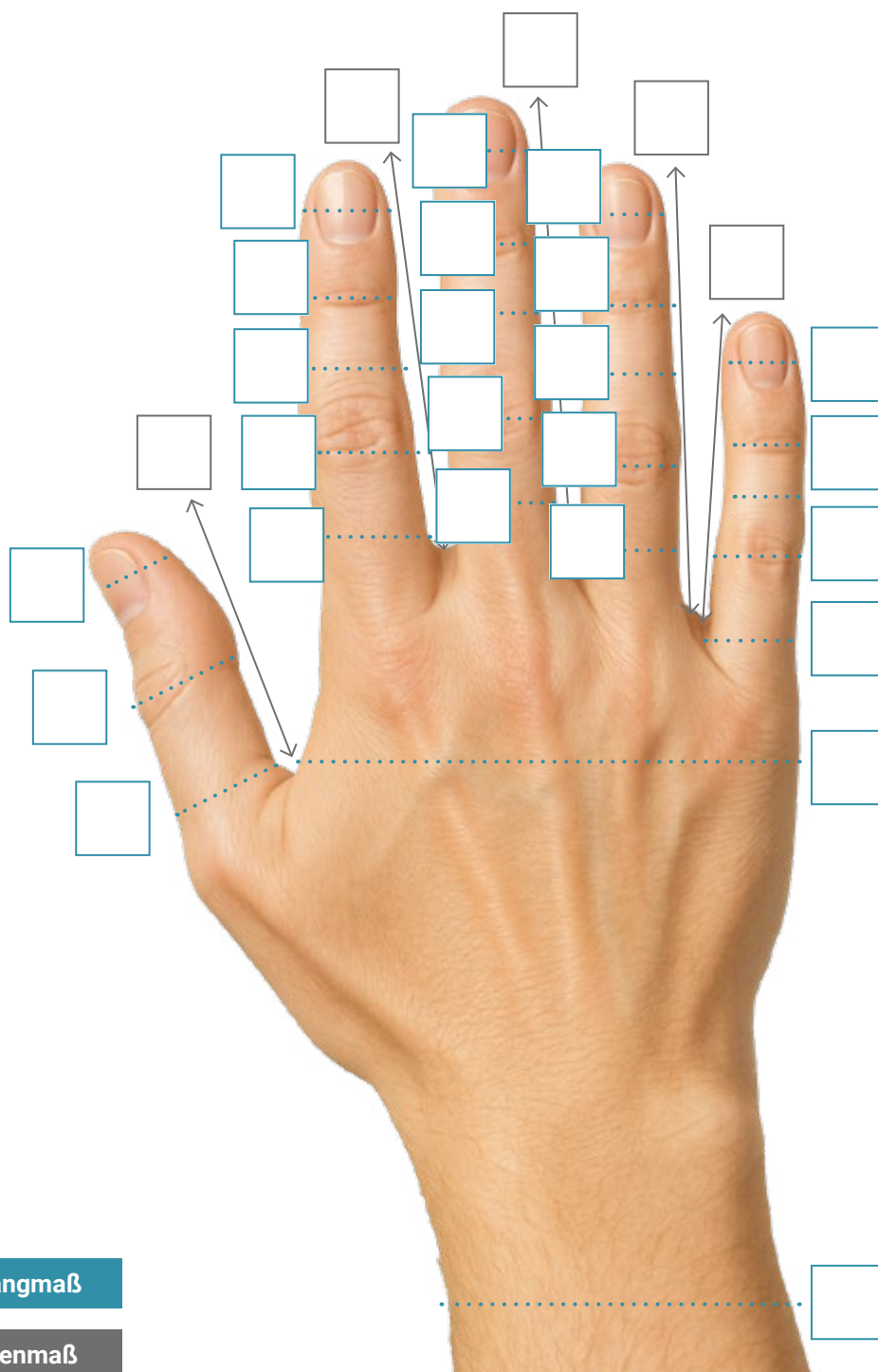


Patientendaten

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

Betroffene Seite

rechts	
---------------	--



.....	Umfangmaß
↔	Breitenmaß

Patientendaten

Name
(verschlüsselt)

Notizen