

Fax Bestellungen: +49 2822 / 607 - 199 | Fax Kostenvoranschläge: +49 2822 / 607 - 208

Anmess-Datum: _____

Seite: links rechts

gemessen von: _____

Kommission: _____
 bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Umfangsmasse

Körpermass ohne Zug (cm)

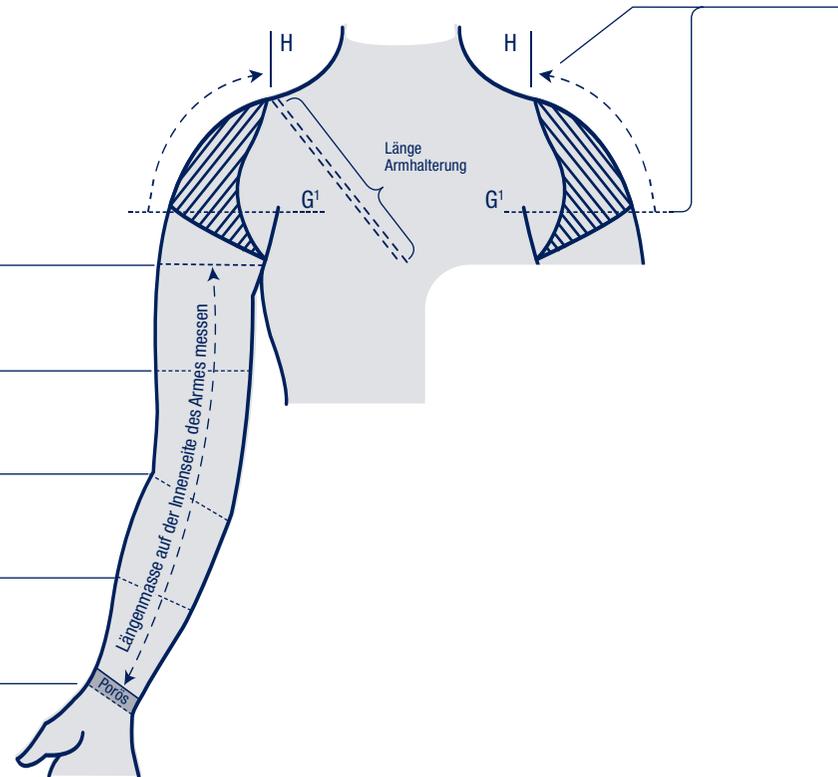
cG _____
 cF _____
 cE _____
 cD _____
 cC _____

maximaler Zug (cm)

cF _____
 cD _____

Bestellmass (cm)

cG _____
 cF _____
 cE _____
 cD _____
 cC _____



Längenmasse

∠G¹H
 Kappenmass (G¹-H) _____
 Länge Armhalterung _____
 schräger Abschluss:
 ∠GG¹ _____ 4 cm
 ∠CG _____
 ∠CF _____
 ∠CE _____
 ∠CD _____

Bemerkungen: _____

Bitte beachten: Dieses Protokoll kann nicht als Bestellformular verwendet werden. Es dient lediglich als Arbeitsmittel zur Dokumentation der beim Anmessen genommenen Masse (z.B. als zusätzliche Dokumentation zum Verbleib in der Patientenakte).