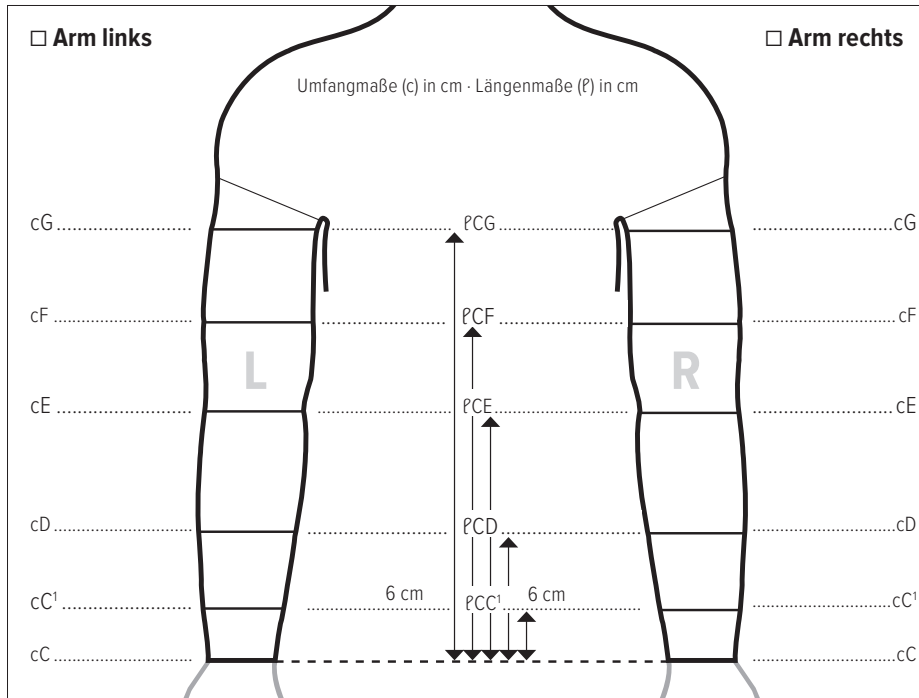


# SoftCompress

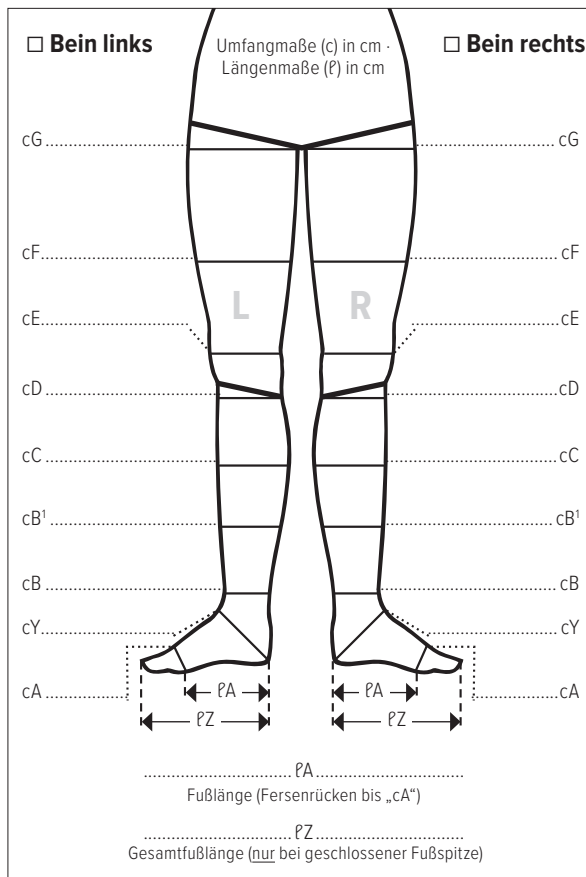
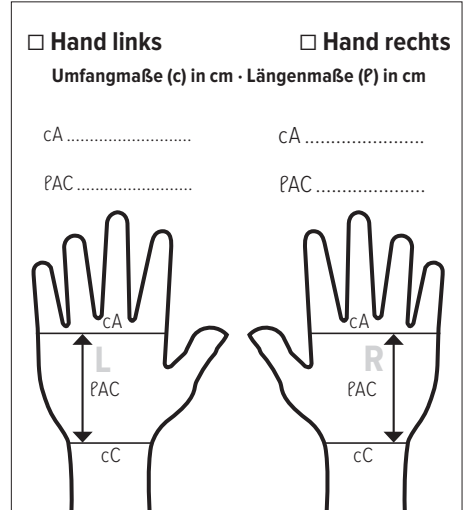
Bestellung  Kostenvoranschlag

<b>Firma</b> Stempel, Ansprechpartner, Tel. (in Druckbuchstaben)		<b>Angaben zum Patienten</b> <input type="checkbox"/> Fotodokumentation folgt per E-Mail <sup>1</sup>	
		Kommission <sup>2</sup> :	
		Frühere Anfertigung / KV-Nr. / Datum:	
Kunden-Nr.:	Datum:	<b>Anzahl:</b> <input type="checkbox"/> Stück <input type="checkbox"/> Paar	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Divers



**Ausführung Arm**  
 Bandagehilfe Arm (Art. 6822)

**Proximaler Abschluss**  
 (Es werden schräge Abschlüsse empfohlen.)  
 Schräger Abschluss  Gerader Abschluss



Längenmaße in cm	
Bein links	Bein rechts
pG:	pG:
pF:	pF:
pE:	pE:
pD:	pD:
pC:	pC:
pB':	pB':
pB:	pB:

**Ausführung Bein**  
 Bandagehilfe Unterschenkel (Art. 6830)  
 Bandagehilfe Unter- und Oberschenkel (Art. 6820)

**Proximaler Abschluss**  
 (Es werden schräge Abschlüsse empfohlen.)  
 Schräger Abschluss  Gerader Abschluss

**Fuß**  
 Offene Fußsohle  
 Geschlossene Fußsohle  
 Geschlossene Fußspitze  
 Offene Fußspitze  
 Distaler schräger Fußabschluss  
 (innere und äußere Fußlänge angeben)  
 Gerader Fuß

Distaler schräger Fußabschluss („pA“ angeben)	
Innen:	Innen:
Außen:	Außen:

Anmerkungen (in Druckbuchstaben):



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DEU - C261 - 07/2021  
 Änderungen und Irrtümer vorbehalten.  
 4 0 2 8 3 9 3 1 9 0 1 6 9 4

<sup>1</sup> Aufgrund des datenschutzrechtlichen Grundsatzes der Datensparsamkeit empfehlen wir, lediglich bei schwierigen anatomischen Gegebenheiten eine Fotodokumentation zu übersenden.  
<sup>2</sup> Wird der Patientennamen angegeben, bestätigt die bestellende Firma, dass die rechtskonforme Einwilligung zur Weitergabe und Verarbeitung der Daten von dem betroffenen Patienten zuvor eingeholt worden ist.  
**Es gelten unsere Geschäftsbedingungen, siehe Preisliste oder [www.compressana.de](http://www.compressana.de)**

**Bestellformular**

Firma Stempel, Ansprechpartner, Tel. (in Druckbuchstaben)

**SoftCompress / Bandagehilfen**

Artikelbezeichnung	Art.Nr.	Abmessung/Länge	Form/Ausführung	Größe	PZN	Menge

**Medizinische adaptive Kompressionssysteme – ACS Light / Compression Wrap**

Artikelbezeichnung	Art.Nr.	Ausführung/Länge	Farbe	Größe	PZN	Menge

**Intra Unterziehstrümpfe für die modulare Hautversorgung**

Artikelbezeichnung	Art.Nr.	Form	Länge	Größe	PZN	Menge

**Hautschutz und Pflege**

Artikelbezeichnung	Art.Nr.				PZN	Menge

**Zusatzprodukte**

Artikelbezeichnung	Art.Nr.	Ausführung			PZN	Menge

