

# Bestellformular – Silikonorthese obere Extremität



Firma:

Ansprechpartner:

Telefon:

Kommissionsnummer:

**Versorgung** (bitte wenn möglich Probeorthese mit Anzeichnungen mitschicken):

kurz:  rechts  links  Paar

lang:  rechts  links  Paar

**Farbe:**  blau  gelb  grün  orange  
 pink  rot  schwarz  
 blau/Glitzer  gelb/Glitzer  grün/Glitzer  orange/Glitzer  
 pink/Glitzer  rot/Glitzer  schwarz/Glitzer

**Grundmaterial:**

35° Shore  65° Shore

**1. Verstärkung** (bitte Verlauf anzeichnen):

35° Shore  65° Shore

**2. Verstärkung** (bitte Verlauf anzeichnen):

35° Shore  65° Shore

**Gurte** (bitte Position anzeichnen):

Rollschlaufen:  medial  lateral  beidseitig

Farbe:  schwarz  weiß

Breite:  20  25  30  38  50

Anzahl:

**Lasche:**  medial  lateral  geschlossen