

VERORDNUNG

	Grösse	Gewicht
<input type="checkbox"/> Dale Bandage <input type="checkbox"/> Brustbinde <input type="checkbox"/> Thorax Bandage	_____	_____
<input type="checkbox"/> Rückenorthese (Lendenmieder) <input type="checkbox"/> 3. Punkte-Korsett	_____	_____
<input type="checkbox"/> andere	_____	_____

<input type="checkbox"/> Halswirbel-Stütze <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> hart	_____	_____
<input type="checkbox"/> Repona / Adfit Halswirbel-Stütze	_____	_____

	Grösse	Gewicht
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe Klasse 2	_____	_____
<input type="checkbox"/> A-D (bis Knie) <input type="checkbox"/> A-F (bis Halbschenkel) <input type="checkbox"/> A-G (bis Oberschenkel)		

	Grösse	Gewicht
<input type="checkbox"/> Knie Schiene Rebel Pro <input type="checkbox"/> Donjoy <input type="checkbox"/> Post-OP	_____	_____
<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links		

<input type="checkbox"/> Foot-Up <input type="checkbox"/> Fussheber-Orthese <input type="checkbox"/> Unterschenkel-Orthese
--

Schuhgrösse: _____ links rechts

<input type="checkbox"/> Künzli Rehab III <input type="checkbox"/> Künzli Rehab Total (Hintereinstieg)
<input type="checkbox"/> Vorfussentlastungsschuh <input type="checkbox"/> Darcoschuh <input type="checkbox"/> Sohle <input type="checkbox"/> Rückfussentlastungs-Schuh
<input type="checkbox"/> Hallux Schienen <input type="checkbox"/> Tag (Soft) <input type="checkbox"/> Nacht
<input type="checkbox"/> Vacoped (Lang) <input type="checkbox"/> Vacopedes (kurz)
<input type="checkbox"/> Aircast Walker inkl. Ausgleichssohle <input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> lang

Schuhgrösse: _____ links rechts

	Schuhgrösse
<input type="checkbox"/> orthopädische Fussbettung	_____
<input type="checkbox"/> Spezial-Schuhe (Diabetiker, Platz für Schuheinlagen)	_____
<input type="checkbox"/> Schuhe (z.B. Verband-Schuh)	_____
<input type="checkbox"/> Massschuhe	_____
<input type="checkbox"/> Schuhzurichtung (z.B. Gleitspitze)	_____

Sonstiger: _____

Gewünschter Termin: _____

Diagnose:

Datum

Unterschrift Arzt /
Stempel