TRICOTAGE À PLAT, COMMANDE SUR MESURE

VenoTrain® curaflow 223

Clinique* ☐

223

☐ Traitement primaire ☐ Traitement alternatif ☐ Renouvellement de traitement

Bauerfeind AG
T +49 (0)8 00 - 001 05 60
F +49 (0)8 00 - 001 05 65
E info@bauerfeind.com

Nom du client : N° du client :

Interlocuteur :

Date de commande : Dernier n° de commande :

Nom du patient :

☐ Devis ☐ Commande

Signature/cachet :

Bras

Compression ☐ Ccl1 ☐ Ccl2 ☐ Ccl3

Coloris ☐ Crème* ☐ Caramel* ☐ Noir* ☐ Anthracite ☐ Marine ☐ Espresso ☐ Royal ☐ Wild Berry ☐ Irish Green ☐ Toscana Red ☐ French Lavender ☐ Black Water ☐ Black Fire

Modèles ☐ Avec main, 1 pièce ☐ Avec main, 2 pièces**

Quantité Pièce gauche _____ Pièce droite _____

Version ☐ CG ☐ CF ☐ CE

Gant

☐ Sans coutures (AC1 uniquement) ☐ Avec coutures

Compression ☐ Ccl1 ☐ Ccl2 ☐ Ccl3

Coloris ☐ Crème* ☐ Caramel* ☐ Noir* ☐ Anthracite ☐ Marine ☐ Espresso ☐ Royal ☐ Wild Berry ☐ Irish Green ☐ Toscana Red ☐ French Lavender

Modèles ☐ Sans doigts ☐ Doigts ouverts ☐ Doigts fermés

Quantité Pièce gauche _____ Pièce droite _____

Version ☐ AC1 ☐ AD ☐ AE ☐ AF ☐ AG

Bord/fixation :

☐ Bande de fixation large 4,7 cm ☐ Bande de fixation étroite 2,5 cm ☐ Micropicots

Doublure :

Longueur _____ cm

Largeur _____ cm

Indiquer la position dans « Souhaits particuliers »

Toutes les mesures doivent être indiquées en mm. La personne qui commande est responsable en cas de saisie de mesures incorrectes. Les fabrications sur mesure ne peuvent être échangées.

Les compléments cochés sont ajoutés.

* Dans le cadre de l'approvisionnement des cliniques, nous proposons les coloris crème, caramel et noir.
** Veuillez remplir une fiche de cotes par prise en charge

Souhaits particuliers :

Compléments :

Partie de la main, poreuse C1 ____ cm

Bras poreux C _____ cm

Pièce bande de fixation 5 × 5 cm G ☐

Finition droite G ☐

Sans coude doux ☐

Pli du coude, angle de 150° ☐

Pli du coude, angle de 135° ☐

Fermeture éclair* ☐

Le bord en biais et l'angle de 160° pour le pli du coude correspondent aux versions standard.

Pelote lymphatique :

Long. ____ cm Larg. ____ cm

Paume de la main ☐

Dos de la main ☐

Selon indication ☐

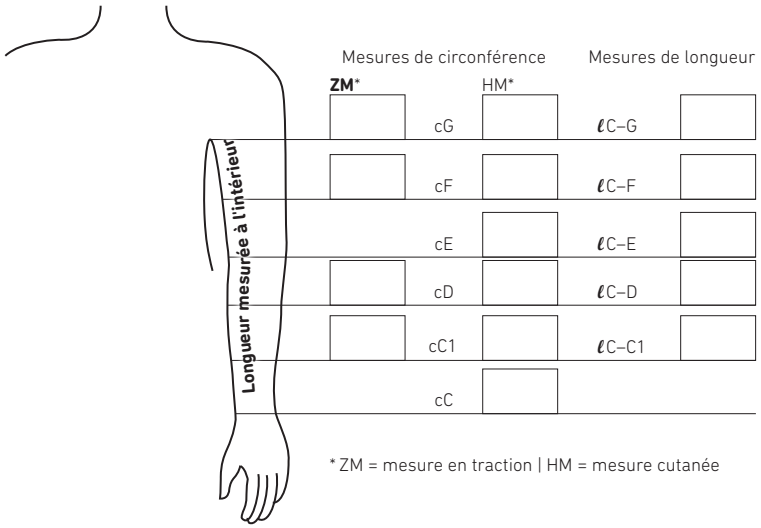
Fourni par le client ☐

Indiquer la position dans « Souhaits particuliers »

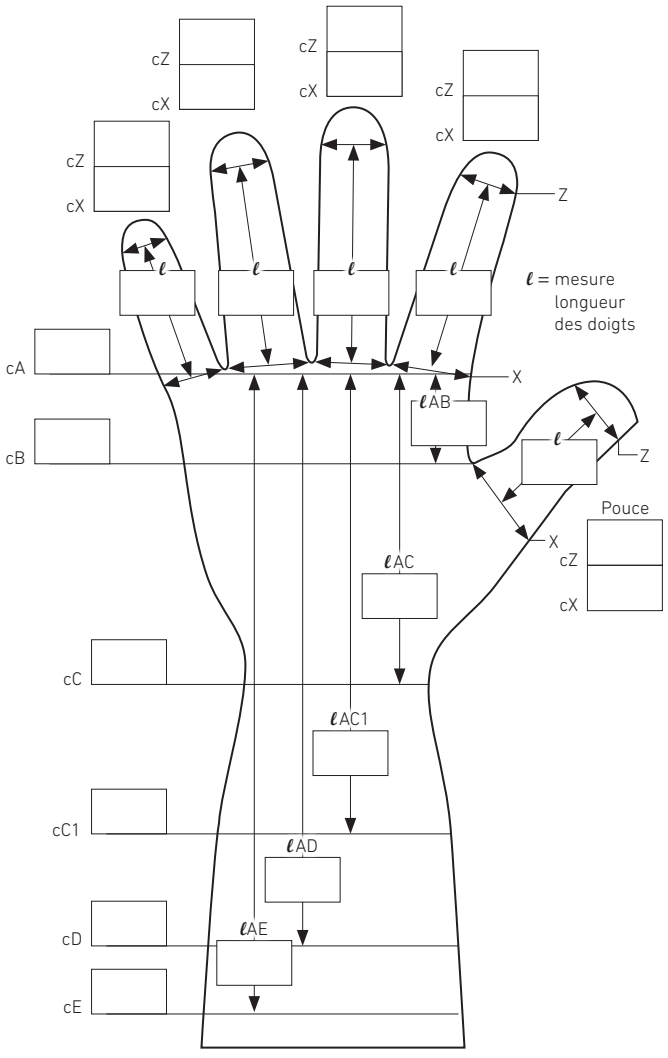
Poche :

Paume de la main ☐

Dos de la main ☐



* ZM = mesure en traction | HM = mesure cutanée



Signature du conseiller :

Signature du client :