

Kundennummer _____ Auftrag Kostenvorschlag (KV) Geschlecht: weiblich männlich divers

Bestelldatum/Anmessdatum _____ Auftrag nach KV-Nr. _____

Ansprechpartner/Rückrufnummer _____ Lot-Nr./Maß-Schema-Nr. _____

Unterschrift/Firmenstempel _____

Kommissions/Vorgangs-Nr. _____

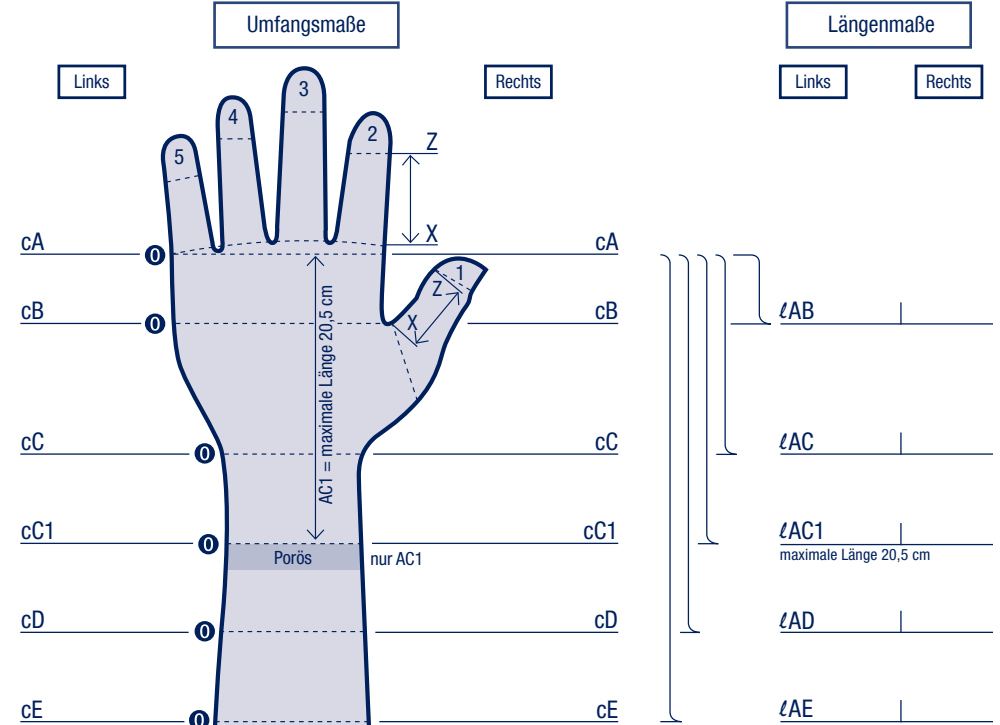
bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

1 Menge	JOBST	Elvarex		Elvarex Plus		Elvarex Soft Seamless	
	Kompressionsklasse	1	2	1	2	1	2
Links							
Rechts							
2 Längentyp	(AC ¹ Gesamtlänge max. 20,5cm)	<input type="checkbox"/> AC1 <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/> AE schräger Abschluss*		<input type="checkbox"/> AC1 <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/> AE schräger Abschluss*		<input type="checkbox"/> AC ¹ <input type="checkbox"/> AE	
3 Ausführung	Handschuh ohne Finger, mit Daumen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Handschuh mit Finger, mit Daumen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
	Tasche Handinnenfläche	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Tasche Handrücken	<input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>	
4 Farbe	JOBST Elvarex*	<input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Caramel <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Schwarz <input type="checkbox"/> Hazelnut <input type="checkbox"/> Grau <input type="checkbox"/> Dunkelblau <input type="checkbox"/> Cranberry <input type="checkbox"/> Rubinrot					
	JOBST Elvarex Plus*	<input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Caramel <input type="checkbox"/> Bronze <input type="checkbox"/> Schwarz <input type="checkbox"/> Hazelnut <input type="checkbox"/> Grau <input type="checkbox"/> Dunkelblau <input type="checkbox"/> Cranberry <input type="checkbox"/> Rubinrot <input type="checkbox"/> Red					
	JOBST Elvarex Soft Seamless*	<input type="checkbox"/> Beige <input type="checkbox"/> Cranberry <input type="checkbox"/> Rubinrot <input type="checkbox"/> Schwarz <input type="checkbox"/> Grau <input type="checkbox"/> Dunkelbraun <input type="checkbox"/> Dunkelblau <input type="checkbox"/> Macchiato <input type="checkbox"/> Sunflower Yellow <input type="checkbox"/> Pine Green					

Bemerkung: _____ Bemerkungszeilencode: _____

	Links			Rechts		
	Umfang Z	Umfang X	Länge Z-X	Umfang Z	Umfang X	Länge Z-X
Daumen 1				Daumen 1		
Finger 2				Finger 2		
Finger 3				Finger 3		
Finger 4				Finger 4		
Finger 5				Finger 5		

Fingerlänge an der kürzeren Seite messen



Bitte beachten: Längenmaße auf der Innenseite der Hand messen. Bei zusätzlichem Armstrumpf bitte die Überlappung im C-Maß beachten und 1cm Zugabe auf den gemessenen Umfang geben. **Ergänzende Zusätze entnehmen Sie bitte dem Deckblatt.**

Zugmatrix: Um die optimale Passform für unsere flachgestrickten Kompressionsversorgungen zu ermitteln, sollten Umfangsmessungen unter verschiedenen Zugstärken durchgeführt werden. **1** ohne Zug Bei Handversorgungen werden alle Maße ohne Zug erfasst.