

Sanitätshaus: _____

proolutions Auftragsnr.: _____

Stempel: _____

Name Patient: _____

Geschlecht: männl.

weibl. Gewicht: _____ kg

Interne Nr.: _____

Seite: links

rechts

Techniker: _____

Linertyp: _____

Express

Telefon: _____

Linergröße: _____

Gesendet mit Fräsdatei

Datum: _____

Umfänge ab Tuber

Umfang, Reduzierung o. Zielmaß

3cm _____ cm _____ % _____ cm

6cm _____ cm _____ % _____ cm

9cm _____ cm _____ % _____ cm

12cm _____ cm _____ % _____ cm

15cm _____ cm _____ % _____ cm

18cm _____ cm _____ % _____ cm

21cm _____ cm _____ % _____ cm

24cm _____ cm _____ % _____ cm

27cm _____ cm _____ % _____ cm

30cm _____ cm _____ % _____ cm

33cm _____ cm _____ % _____ cm

Schaftform:

Anatomy

Anatomy First

Anatomy Advanced

Queroval



„Ohr“-
Dummy
mitsenden

(20,00 €)

1. Skelettäres ML (Zielmaß) _____ cm

2. Stumpflänge ab Tuber _____ cm

3. Horizontaler Ramuswinkel _____ °

4. Diagonales ML _____ cm

5. Weichteil ML _____ cm
(6 cm unterhalb Tuber)

6. Laterale Adduktion _____ °

7. Iliumwinkel _____ °

8. Flexion _____ °

9. A-P medial _____ cm

10. A-P lateral _____ cm

11. Sollmaß Schaftlänge _____ cm

12. Bisubtrochantäres Maß _____ cm
(optional bei Doppelamputation)

Mit Locking System

Auslöser

medial **lateral**

AK offset Lock/ Össur

AK offset Klett/ Össur

AK univ. Klett/ Össur

L-211000 / Össur

M.660.602 / Medi
(Schnurpin)

15S1 / Streifeneder

6A30=10 / Otto Bock

Anderes: _____

mitgeliefert

Kommissionslager

Mit Ventil

Position

medial **lateral**

L-552000 / Össur
(Ausstoß automatisch)

1.810.726/ Medi
(Ausstoß manuell)

21Y14 / Otto Bock

Ventil mitgeliefert

Anderes _____

Nur Dummy

Beachte!

Das erste Umfangsmaß ist 3 cm
unterhalb Tuber!

Ist keine Reduzierung angegeben,
erfolgt eine Standardreduzierung von
4,0% proximal auf 0% distal, bei
Liner von **2,5%** proximal auf 0%
distal. Alpha & Otto Bock **1,5%** auf 0%

Beachte!

Maße 1, 3, 4 & 5 werden für querovale
Schäfte nicht benötigt!

Fax: +49 (0) 5141 8879771

Email: service@proolutions.de