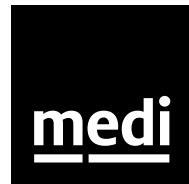


Spinomed® active men

Kostenvoranschlag Bestellung



Kundennummer

Stempel Sanitätshaus

Gemessen hat

Telefonnummer für Rückfragen

Kommission (Bitte in Druckbuchstaben eintragen)

medi GmbH & Co. KG

Medicusstraße 1

95448 Bayreuth

Germany

T +49 921 912-333

F +49 921 912-57

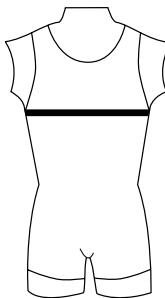
OrderOrthopaedie@medi.de

www.medi.de

Erstversorgung

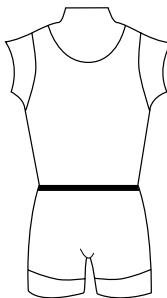
Folgeversorgung
ohne Rückenschiene

Patient trägt bereits Spinomed active men in Größe _____



Brustumfang
über stärkste Stelle
der Brust

_____ cm



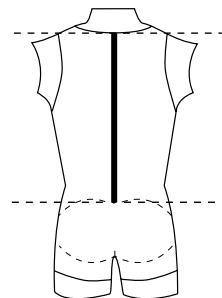
Taillenumfang
waagerecht um
die Taille

_____ cm



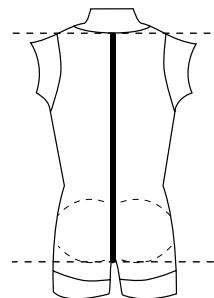
Gesäßumfang
stärkste Stelle
des Gesäßes

_____ cm



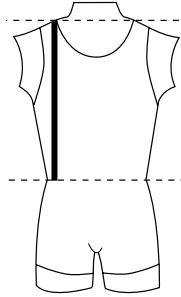
Rückenhöhe 1
C7 bis Pofalte am
Rücken anliegend

_____ cm



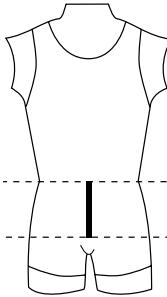
Rückenhöhe 2
ab C7 anliegend, aber ab
Pofalte hängend bis
Gesäßabschluss

_____ cm



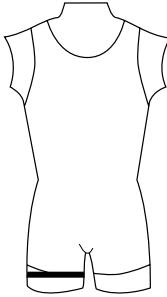
**Länge Schultermitte
bis Taille**
am Körper anliegend
messen

_____ cm



**Länge Taille bis
Schambein**
am Körper anliegend
messen

_____ cm



Oberschenkelumfang
bitte die weiteste Stelle
am Oberschenkel
messen

_____ cm

Zusatzangaben (bitte komplett ausfüllen):

- normaler Rücken normaler Leib
 starker Rundrücken Hängeleib
 Hohlkreuz Kugelbauch
 Besonderheiten (z.B. zusätzliche Krankheiten):

- normales Gesäß
 flaches Gesäß
 starkes Gesäß

Größe des Patienten
Alter des Patienten
Gewicht des Patienten

_____ cm
_____ Jahre
_____ kg

(Patientendaten werden im Rahmen des Datenschutzes vertraulich behandelt)

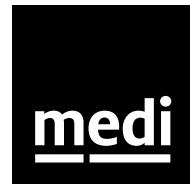
Datum

Unterschrift Sanitätshaus

medi. ich fühl mich besser.

Spinomed® active

Kostenvoranschlag Bestellung



Kundennummer

Stempel Sanitätshaus

Gemessen hat

Telefonnummer für Rückfragen

Kommission (Bitte in Druckbuchstaben eintragen)

medi GmbH & Co. KG

Medicusstraße 1

95448 Bayreuth

Germany

T +49 921 912-333

F +49 921 912-57

OrderOrthopaedie@medi.de

www.medi.de

Bitte mit angezogenem BH messen.

Für das Modell Spinomed active ohne Cup werden nur die grau hinterlegten Maße benötigt!

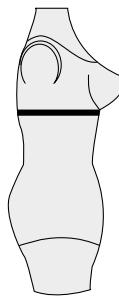
Farbe: schwarz (erhältlich mit Cup) champagner (erhältlich mit/ohne Cup) Patientin trägt bereits Spinomed active in Größe _____

mit Cup ohne Cup

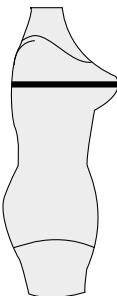
Zwickel: Haken/Ösen Klett/Flausch

Erstversorgung

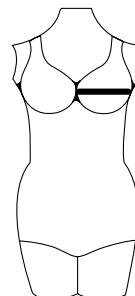
Folgeversorgung
ohne Rückenschiene



Unterbrustumfang
waagerecht/direkt
unter der Brust



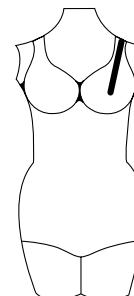
Brustumfang
über stärkste Stelle
der Oberweite



Brustquermaß
vom Brustbein über
Brustmitte bis Ende
Brust



Untere Brusthöhe
von Unterbrust bis
Brustmitte



Schulter-Brust-Maß
anliegend von
Schultermitte bis
Brustmitte

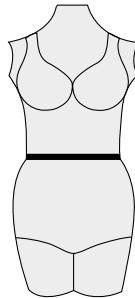
_____ cm

_____ cm

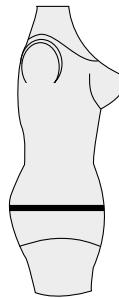
_____ cm

_____ cm

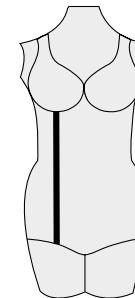
_____ cm



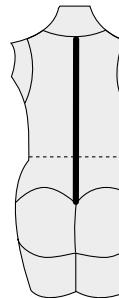
Taillenumfang
waagerecht um
die Taille



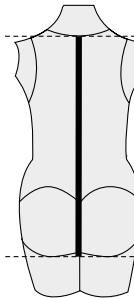
Gesäßumfang
stärkste Stelle
des Gesäßes



Vordere Höhe
senkrecht anliegend
von Unterbrust bis
Schenkelbeuge



Rückenhöhe 1
C7 bis Pofalte am
Rücken anliegend



Rückenhöhe 2
ab C7 anliegend, aber
ab stärkster Stelle
Gesäß hängend bis
Gesäßabschluss

_____ cm

_____ cm

_____ cm

_____ cm

_____ cm

Zusatzangaben (bitte komplett ausfüllen):

normaler Rücken

normaler Leib

normales Gesäß

Größe der Patientin

_____ cm

starker Rundrücken

Hängeleib

flaches Gesäß

Alter der Patientin

_____ Jahre

Hohlkreuz

Kugelbauch

starkes Gesäß

Gewicht der Patientin

_____ kg

Besonderheiten (z.B. zu-
sätzliche Krankheiten):

BH-Größe der Patientin

(Patientendaten werden im Rahmen des Datenschutzes vertraulich behandelt)

Datum

Unterschrift Sanitätshaus

medi. ich fühl mich besser.