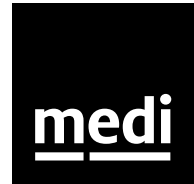


Spinomed® active men

☐ Kostenvoranschlag ☐ Bestellung



Kundennummer _____

Stempel Sanitätshaus _____

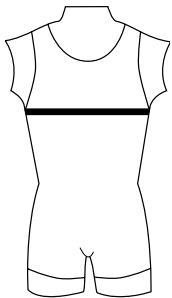
Gemessen hat _____

Telefonnummer für Rückfragen _____

Kommission (Bitte in Druckbuchstaben eintragen) _____

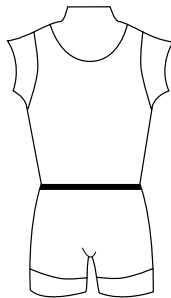
medi GmbH & Co. KG
Medicusstraße 1
95448 Bayreuth
Germany
T +49 921 912-333
F +49 921 912-57
OrderOrthopaedie@medi.de
www.medi.de

☐ Erstversorgung ☐ Folgeversorgung ohne Rückenschiene ☐ Patient trägt bereits Spinomed active men in Größe _____



Brustumfang
über stärkste Stelle
der Brust

_____ cm



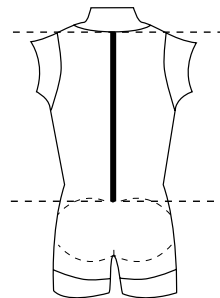
Taillenumfang
waagerecht um
die Taille

_____ cm



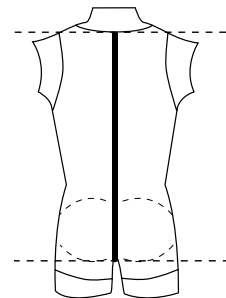
Gesäßumfang
stärkste Stelle
des Gesäßes

_____ cm



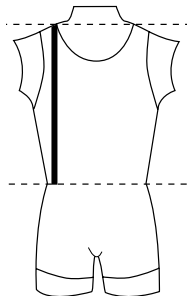
Rückenhöhe 1
C7 bis Pofalte am
Rücken anliegend

_____ cm



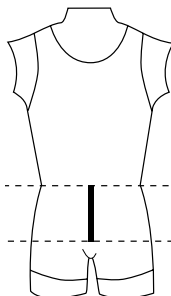
Rückenhöhe 2
ab C7 anliegend, aber ab
Pofalte hängend bis
Gesäßabschluss

_____ cm



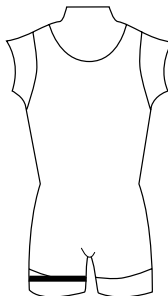
**Länge Schultermite
bis Taille**
am Körper anliegend
messen

_____ cm



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

_____ cm



Oberschenkelumfang
bitte die weiteste Stelle
am Oberschenkel
messen

_____ cm

Zusatzangaben (bitte komplett ausfüllen):

- | | | | | |
|---|--|---|-----------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> normaler Rücken | <input type="checkbox"/> normaler Leib | <input type="checkbox"/> normales Gesäß | Größe des Patienten | _____ cm |
| <input type="checkbox"/> starker Rundrücken | <input type="checkbox"/> Hängeleib | <input type="checkbox"/> flaches Gesäß | Alter des Patienten | _____ Jahre |
| <input type="checkbox"/> Hohlkreuz | <input type="checkbox"/> Kugelbauch | <input type="checkbox"/> starkes Gesäß | Gewicht des Patienten | _____ kg |
| <input type="checkbox"/> Besonderheiten (z.B. zusätzliche Krankheiten): _____ | | | | |

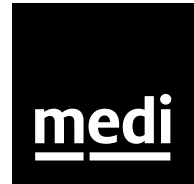
(Patientendaten werden im Rahmen des Datenschutzes vertraulich behandelt)

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)

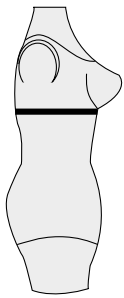
medi GmbH & Co. KG
Medicusstraße 1
95448 Bayreuth
Germany
T +49 921 912-333
F +49 921 912-57
OrderOrthopaedie@medi.de
www.medi.de

Bitte mit angezogenem BH messen.

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

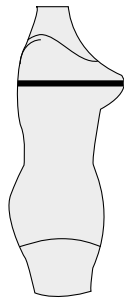
Farbe: ☐ schwarz (erhältlich mit Cup) ☐ champagner (erhältlich mit/ ohne Cup) ☐ Patientin trägt bereits Spinomed active in Größe _____

☐ mit Cup ☐ ohne Cup **Zwickel:** ☐ Haken/Ösen ☐ Klett/Flausch ☐ Erstversorgung ☐ Folgeversorgung ohne Rückenschiene



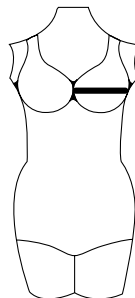
Unterbrustumfang
waagrecht/direkt
unter der Brust

_____ cm



Brustumfang
über stärkste Stelle
der Oberweite

_____ cm



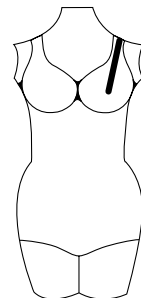
Brustquermaß
vom Brustbein über
Brustmitte bis Ende
Brust

_____ cm



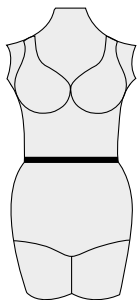
Untere Brusthöhe
von Unterbrust bis
Brustmitte

_____ cm



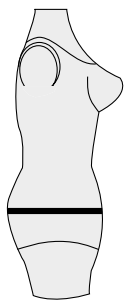
Schulter-Brust-Maß
anliegend von
Schultermitte bis
Brustmitte

_____ cm



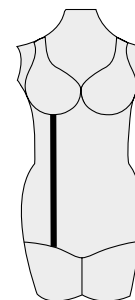
Taillenumfang
waagrecht um
die Taille

_____ cm



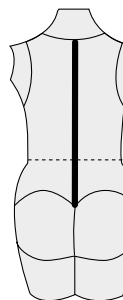
Gesäßumfang
stärkste Stelle
des Gesäßes

_____ cm



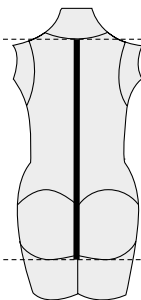
Vordere Höhe
senkrecht anliegend
von Unterbrust bis
Schenkelbeuge

_____ cm



Rückenhöhe 1
C7 bis Pofalte am
Rücken anliegend

_____ cm



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

_____ cm

Zusatzangaben (bitte komplett ausfüllen):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> normaler Rücken | <input type="checkbox"/> normaler Leib | <input type="checkbox"/> normales Gesäß |
| <input type="checkbox"/> starker Rundrücken | <input type="checkbox"/> Hängeleib | <input type="checkbox"/> flaches Gesäß |
| <input type="checkbox"/> Hohlkreuz | <input type="checkbox"/> Kugelbauch | <input type="checkbox"/> starkes Gesäß |
| <input type="checkbox"/> Besonderheiten (z.B. zusätzliche Krankheiten): | | |

Größe der Patientin _____ cm

Alter der Patientin _____ Jahre

Gewicht der Patientin _____ kg

BH-Größe der Patientin _____

(Patientendaten werden im Rahmen des Datenschutzes vertraulich behandelt)

Datum

Unterschrift Sanitätshaus

medi. ich fühl mich besser.