

Bestelformulier voetkap

Firma: _____

Plaats: _____

Voorschrijver: _____

Datum: _____

Schemanummer: _____

Patiënt: _____

Adres: _____

Woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

☐ Man ☐ Vrouw



fax +31 36 53 89 575
flebologie@bsnmedical.com
Tel. +32 (0)16 39 69 70



KWALITEIT

- ☐ **JOBST® Elvarex®**
- ☐ **JOBST® Elvarex® Plus**
Alle omtrekmaten voor alle 5 tenen zijn vereist.
- ☐ **JOBST® Elvarex® Soft Seamless**

Stuks/CCL	CCL 1	CCL 2
Links		
Rechts		

Speciale opties

- ☐ Met kleine teen links*
- ☐ Met kleine teen rechts*

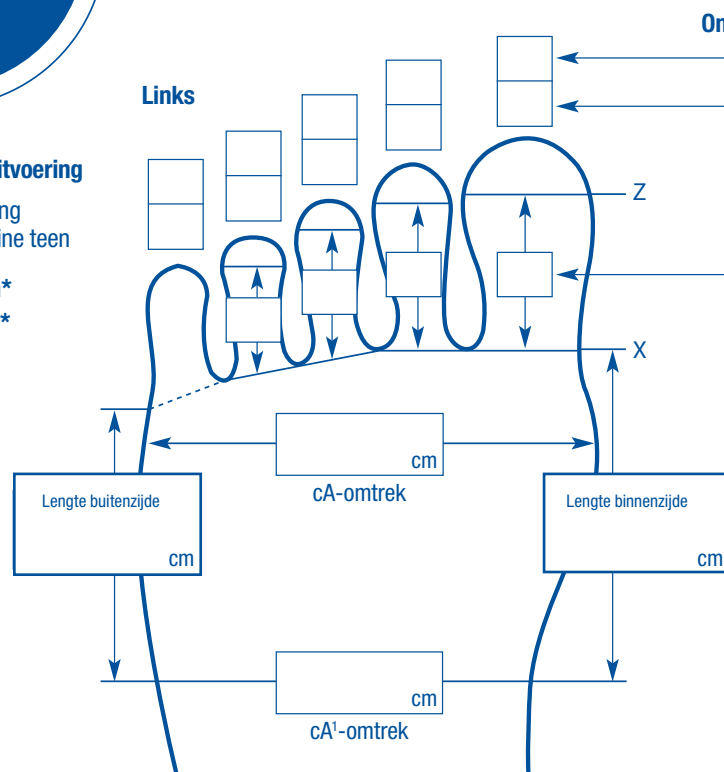
Kleur

- ☐ Beige (standaard kleur)
- ☐ Black
- ☐ Dark Blue*
- ☐ Grey*
- ☐ Dark Brown*

Standaarduitvoering

Opening
voor de kleine teen

- ☐ 0,5 cm*
- ☐ 1,0 cm*
- ☐ 1,5 cm

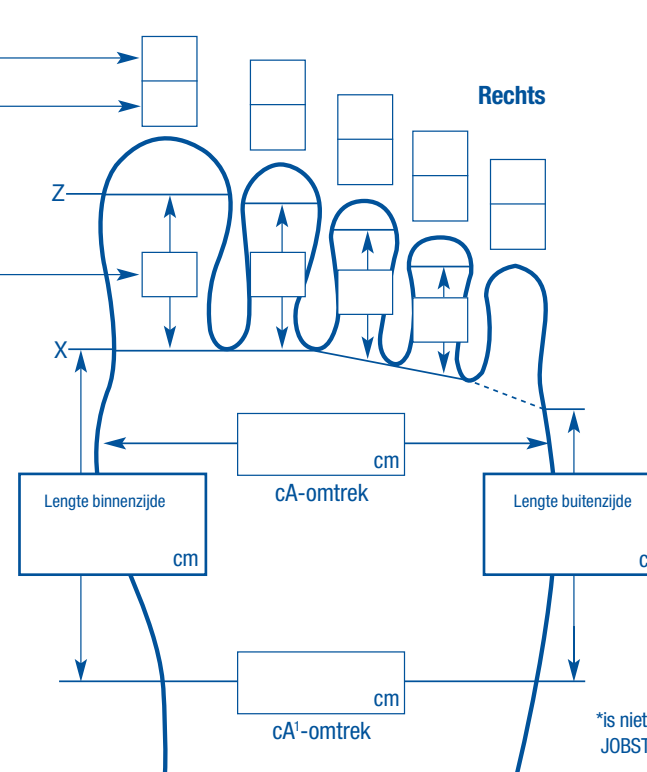


Rechts

Standaarduitvoering

Opening
voor de kleine teen

- ☐ 0,5 cm*
- ☐ 1,0 cm*
- ☐ 1,5 cm



*is niet van toepassing voor
JOBST® Elvarex® Soft Seamless

Neem enkel afmetingen op het oedeem-vrije lidmaat. Noteer alle afmetingen in cm. De aankoper is verantwoordelijk voor foutieve maatnames of foutieve vermeldingen op het maatformulier. Op maat gemaakte compressiekleding kan niet teruggestuurd worden.

Opmerkingen: