FLACHSTRICK MASSBESTELLUNG

VenoTrain® curaflow 221

Klinik ☐

221

Bauerfeind AG
T 0800-001 05 60
F 0800-001 05 65
E info@bauerfeind.com

Österreich
T +43 (0) 800 44 30 130
F +43 (0) 800 44 30 131

Schweiz
T +41 (0) 56 485 82 42
F +41 (0) 56 485 82 59

☐ Erstversorgung ☐ Wechselversorgung ☐ Folgeversorgung

Kundenname: Kundennr.:

Ansprechpartner:

Bestelldatum: Letzte Auftrags-Nr.:

Kommission:

☐ Kostenvoranschlag ☐ Bestellung

Unterschrift / Firmenstempel:

Bein

Kompression

	CCl1	CCl2	CCl3	CCl4
linkes Bein	☐	☐	☐	☐
rechtes Bein	☐	☐	☐	☐
Leibteil	☐	☐	☐	☐

Farben

☐ Creme* ☐ Caramel* ☐ Schwarz*
☐ Anthrazit ☐ Marine ☐ Espresso
☐ Royal ☐ Wild Berry ☐ Irish Green
☐ Toscana Red ☐ French Lavender
☐ Black Water ☐ Black Fire

Anzahl Paar _____ Stück _____

mehrteilige Versorgung** ☐

Strumpf:

AD ☐
AG ☐
Beinstück _____

Abschluss:

Noppenhaftband
- breit (4,7 cm) ☐
- schmal (2,5 cm) ☐

Streifenhaftband ☐
Mikronoppe ☐
Hüftbefestigung ☐
seitlich schräger Abschluss ☐
Beinerhöhung vorn ☐
porös unten ☐

Hose:

Hose AT ☐
Umstandshose ATU ☐
Einbeinhose ATE ☐
Leggin BT ☐
Leggin B1T ☐
Caprihose CT ☐
Bermuda ET ☐
Radlerhose FT ☐

Taille Abschluss:

Noppenhaftband ☐
Mikronoppe ☐
Taillenband ☐
Loch-/Durchziehgummi ☐

Zusätze:

ohne Kniezone / Knieellipse ☐
Reißverschluss*** ☐
Futterstoff*** ☐
Haftbandstück
- breit (4,7 cm) ☐
- schmal (2,5 cm) ☐

anatomisches Leibteil ☐

Damenzwickel:

☐ Standard ☐ mit Wäscheschutz ☐ kompressiv

Herrenzwickel:

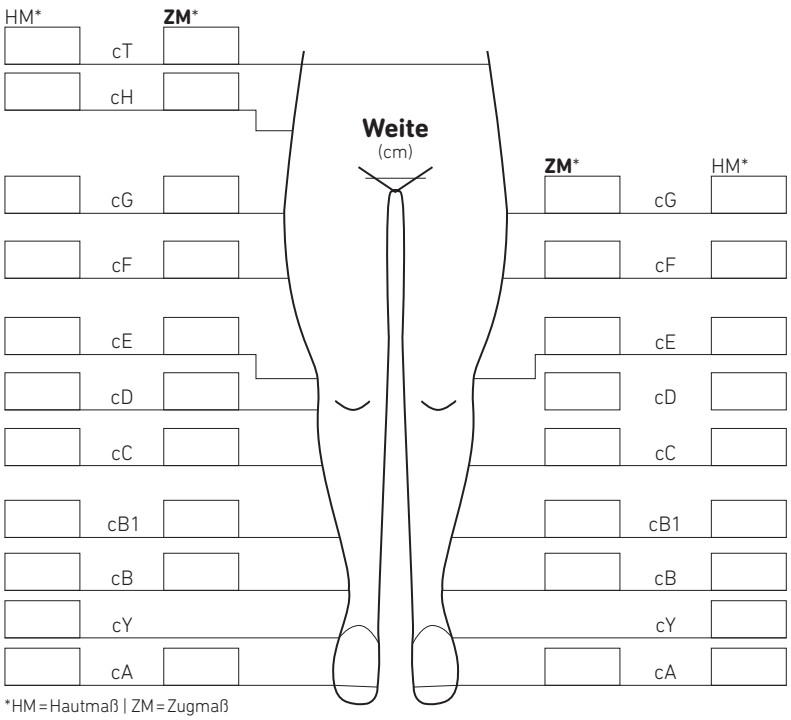
☐ Standard ☐ mit Eingriff ☐ kompressiv

*Farben Creme, Caramel und Schwarz als Klinikversorgung lieferbar **Bitte pro Versorgung ein Maßblatt ausfüllen ***Länge und Lage unter Sonderwünsche

Alle Angaben in cm. Für falsche Maßangaben haftet der Besteller. Sonderanfertigungen sind vom Umtausch ausgeschlossen. Gefertigt werden die angekreuzten Zusätze.

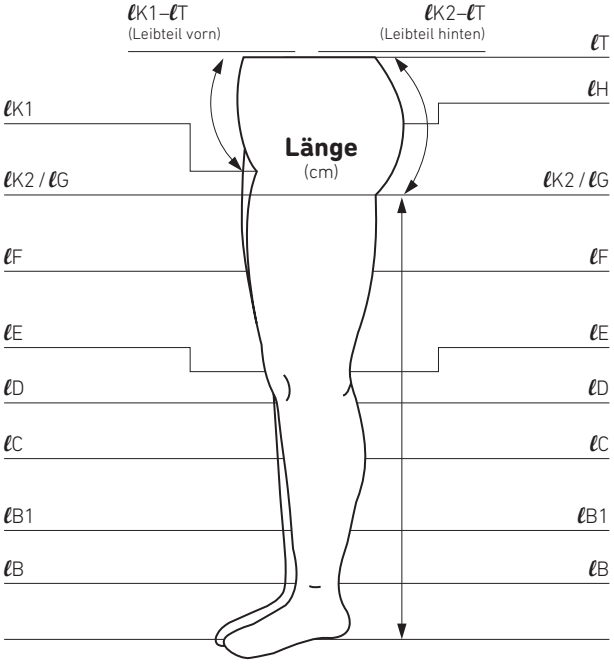
Sonderwünsche:

linkes Bein **rechtes Bein**



*HM = Hautmaß | ZM = Zugmaß

linkes Bein **rechtes Bein**



Druck-Pelotte:

links ☐
rechts ☐
medial ☐
lateral ☐

Lymphpad*

gerippt ☐
genoppt ☐
nur Tasche ☐
☐ provisorische Naht

*Lage unter Sonderwünschen angeben

Hallux links ☐ rechts ☐

anatomischer Fuß

links	rechts
cA1 _____cm	cA1 _____cm
ℓA1*_____cm	ℓA1*_____cm

* ist die Länge von Ferse bis Messpunkt cA1

linker Fuß	Fuß	rechter Fuß
ℓA außen _____	Länge (cm)	_____ außen ℓA
ℓAi innen _____		_____ innen ℓAi
ℓZ gesamt _____		_____ gesamt ℓZ

Fuß gerade
offen ☐
geschl. ☐
90° Ferse ☐

Fuß schräg
offen ☐
geschl. ☐
Spannerweiterung ☐

Unterschrift Berater:

Unterschrift Kunde / Kundin:

Rev.13 – 2025-06 – 271 4220 7000 001