FLACHSTRICK MASSBESTELLUNG

VenoTrain® curaflow 223

Klinik* ☐

223

Bauerfeind AG
T 08 00 - 001 05 60
E info@bauerfeind.com
Österreich
T +43 (0) 800 44 30 130
Schweiz
T +41 (0) 56 485 82 42

Die Daten werden maschinell verarbeitet. Bitte alle Angaben vollständig, eindeutig und gut lesbar eintragen, um eine schnelle Bearbeitung sicherzustellen.

☐ Erstversorgung ☐ Wechselversorgung ☐ Folgeversorgung

Kundenname: Kundennr.:

Ansprechpartner:

Bestelldatum: Letzte Auftrags-Nr.:

Kommission:

☐ Kostenvoranschlag ☐ Bestellung

Unterschrift/Firmenstempel:

Arm

Kompression ☐ Ccl1 ☐ Ccl2 ☐ Ccl3

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

Varianten ☐ mit Hand, 1-tlg. ☐ mit Hand, 2-tlg.**

Anzahl Stück links _____ Stück rechts _____

Ausführung ☐ CG ☐ CF ☐ CE

Handschuh

☐ nahtlos (nur AC1) ☐ mit Naht

Kompression ☐ Ccl1 ☐ Ccl2 ☐ Ccl3

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

Varianten ☐ ohne Finger ☐ offene Finger ☐ geschl. Finger

Anzahl Stück links _____ Stück rechts _____

Ausführung ☐ AC1 ☐ AD ☐ AE ☐ AF ☐ AG

Abschluss/Befestigung:

☐ Haftband breit 4,7 cm ☐ Haftband schmal 2,5 cm ☐ Mikronoppe

Futterstoff:

Länge _____ cm

Breite _____ cm

Lage unter Sonderwünsche angeben

Alle Angaben in mm.
Für falsche Maßangaben haftet der Besteller.
Sonderanfertigungen sind vom Umtausch ausgeschlossen.

Gefertigt werden die angekreuzten Zusätze.

* Als Klinikversorgungen liefern wir die Farben Creme, Caramel und Schwarz.
** Bitte pro Versorgung ein Maßblatt ausfüllen

Sonderwünsche:

Zusätze:

Handteil porös C1 _____ cm
Arm porös C _____ cm
Haftbandstück 5 × 5 cm G ☐
gerader Abschluss G ☐
ohne weiche Ellenbeuge ☐
Ellenbogenwinkel 150° ☐
Ellenbogenwinkel 135° ☐
Reißverschluss* ☐
GripCare (nur AC1) ☐

Der schräge Abschluss und Ellenbogenwinkel 160° sind Standard.

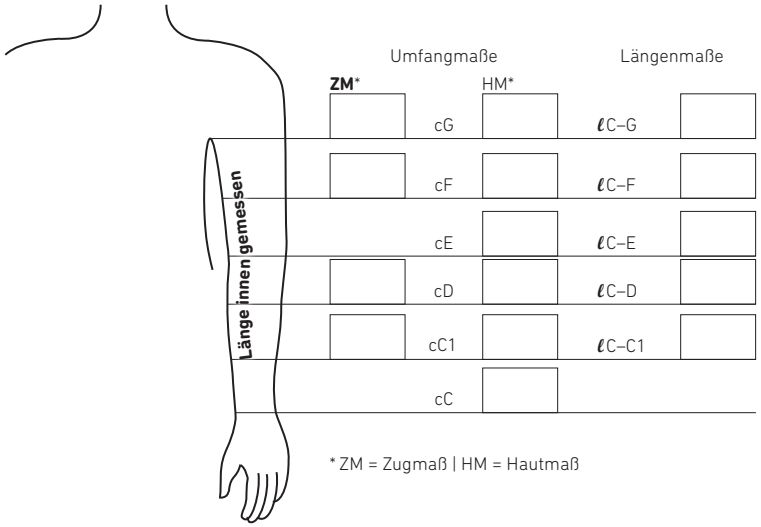
Lymphpad:

Länge _____ cm Breite _____ cm

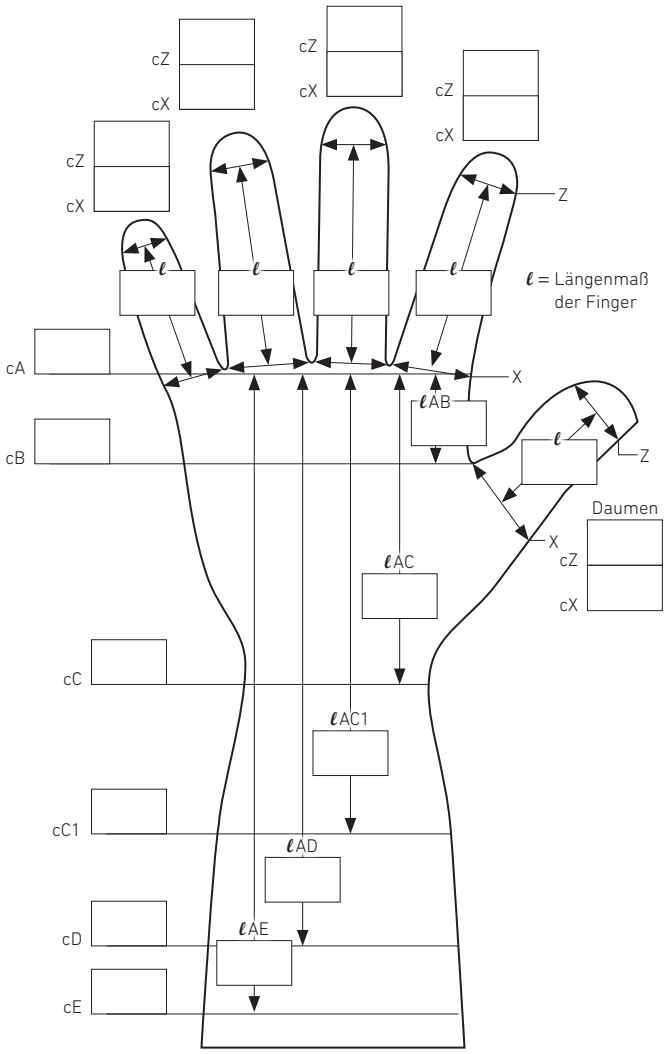
Handinnenfläche ☐
Handrücken ☐
nach Vorgabe ☐
selbst geliefert ☐
Lage unter Sonderwünsche angeben

Tasche:

Handinnenfläche ☐
Handrücken ☐



* ZM = Zugmaß | HM = Hautmaß



Unterschrift Berater:

Unterschrift Kunde / Kundin:

Die Erfassung erfolgt KI-basiert. Bitte stellen Sie eine vollständige, klare und einwandfreie Dokumentation sicher.

Rev.14 – 2026-06 – 271 4220 7000 003