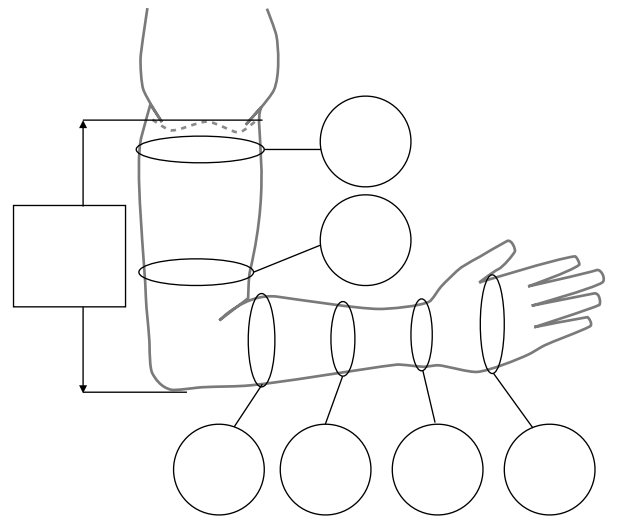
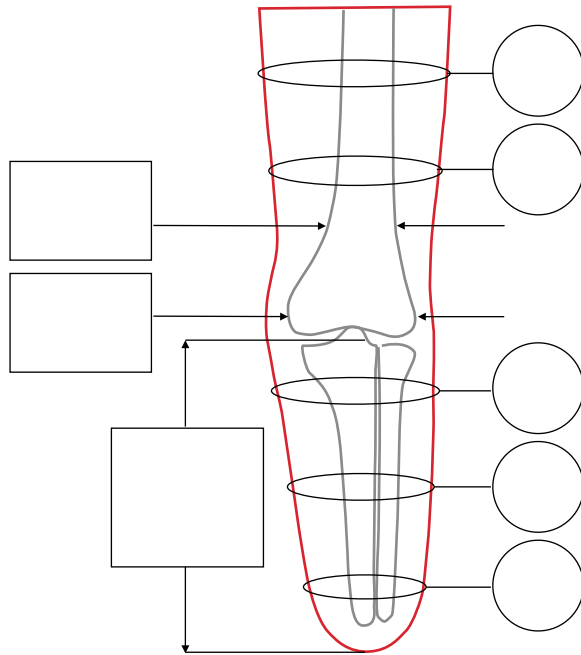


## KONSTRUKTIONSFORMULAR TR-PROFIL

|                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| .....<br>Firma         | .....<br>Techniker              |
| .....<br>Kundennummer  | .....<br>Kommission             |
| .....<br>Datum         | .....<br>Spätester Liefertermin |
| .....<br>Telefon / Fax | .....<br>E-Mail                 |
| .....<br>Bemerkungen   |                                 |

|                             |                              |                                     |                               |                              |                         |                         |
|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------|-------------------------|
| .....<br>Datum der Maßnahme | .....<br>Körpergröße in cm   | Seite                               | <input type="radio"/> links   | <input type="radio"/> rechts |                         |                         |
| .....<br>Gewicht in kg      |                              | Mobilität                           | <input type="radio"/> 1       | <input type="radio"/> 2      | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 |
| .....<br>A/P kondylär in cm | .....<br>Unterarmlänge in cm | Oberarmhülse                        | <input type="radio"/> mit     | <input type="radio"/> ohne   |                         |                         |
|                             |                              | Kondyläre Fassung                   | <input type="radio"/> mit     | <input type="radio"/> ohne   |                         |                         |
| Kosmetikhandschuh           |                              | .....<br>Material für Innentrichter |                               |                              |                         |                         |
| .....<br>Farbe              | .....<br>Größe               | Liner                               | <input type="radio"/> Cushion |                              |                         |                         |
|                             |                              | .....<br>Linergröße                 | <input type="radio"/> Pin     |                              |                         |                         |



Stand: April 2016

.....  
Ort, Datum und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass der oben beschriebene Patient mit der Erfassung, Speicherung, Verarbeitung und Übermittlung/ Verwertung der personenbezogenen Daten an den Herstellerbetrieb einverstanden ist, soweit dies im Rahmen der Versorgung erforderlich ist.