



BESTELLFORMULAR TRITTSCHAUMKOPIE

..... Firma Techniker
..... Kundennummer Kommission
..... Datum Spätester Liefertermin
..... Telefon / Fax E-Mail
..... Bemerkungen	

ANGABEN ZUM PATIENTEN

..... Schuhgröße in EU Gewicht in kg Diagnose
---------------------------	------------------------	-------------------

ANGABEN ZUM AUFTRAG

<input type="checkbox"/> nach Trittschaumabdruck	<input type="checkbox"/> Scan-Datei	<input type="checkbox"/> STL-Datei	<input type="checkbox"/> modelliertes Positivmodell
--	-------------------------------------	------------------------------------	---

ANGABEN ZUR KONSTRUKTION

<input type="checkbox"/> mit Tropfenpelotte	<input type="checkbox"/> mit Stufenpelotte	<input type="checkbox"/> ohne Pelotte
---	--	---------------------------------------

Gesamthöhe

<input type="checkbox"/> 30 mm	<input type="checkbox"/> 60 mm
--------------------------------	--------------------------------

.....
Minimale Materialstärke in mm



ANGABEN ZUM MATERIAL

Kork	<input type="checkbox"/> 70°	EVA-Mono	<input type="checkbox"/> 30°	EVA-Combi	<input type="checkbox"/> 45/25/55° - C01
			<input type="checkbox"/> 35°		<input type="checkbox"/> 45/30/55° - C02
			<input type="checkbox"/> 40°		<input type="checkbox"/> 35/25/55° - C03
			<input type="checkbox"/> 45°		<input type="checkbox"/> 35/30/55° - C04

ZUSÄTZE

<input type="checkbox"/> PE-Unterbau	Verkürzungsausgleich	Fersensporneinarbeitung
	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> links
	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> rechts

.....
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.