

BESTELLBOGEN ORTHESEN UNTERE EXTREMITÄT

Firma / Stempel	Verantwortlicher Mitarbeiter
	Telefon-Nr.:
Kundennummer:	E-Mail:
Zu unserer Angebots-Nr.: (falls bereits bekannt)	

Patienten-Dokumentation:

Patienten-ID:	
Falls diese bei der Anfrage noch nicht vergeben wurde, bitte wie folgt erstellen: Geburtsdatum – erste zwei Buchstaben des Vornamens – erste zwei Buchstaben des Nachnamens Beispiel: Max Mustermann, Geb.: 02.04.2024 = 02.04.2024 Ma Mu	
Körpergewicht (ohne Hilfsmittel):	Körpergröße (im Liegen):
Diagnose / Indikation:	Aktivität: ☐ gering ☐ normal ☐ hoch

Versorgung:

Versorgungshöhe	☐ AFO ☐ Rechts ☐ Links ☐ KAFO ☐ Rechts ☐ Links ☐ HKAFO
-----------------	---

Passteile:

Knöchelgelenk	☐ SPRINTER ☐ SPRINTER PLUS ☐ SPRINTER SUPPORT ☐ SPRING ☐ SPRING ACTIVE ☐ SPLIT SPRING ☐ SPLIT SPRING ACTIVE
Kniegelenk	☐ BLOCK ☐ MONO ☐ MONO LOCK
Zusatz Kniegelenk	☐ MONO SUPPORT ☐ MONO LOCK SUPPORT
Hüftgelenk	☐ SALERA ☐ SALERA PRESELECT ☐ RGO ☐ TWISTER

Ausführung:

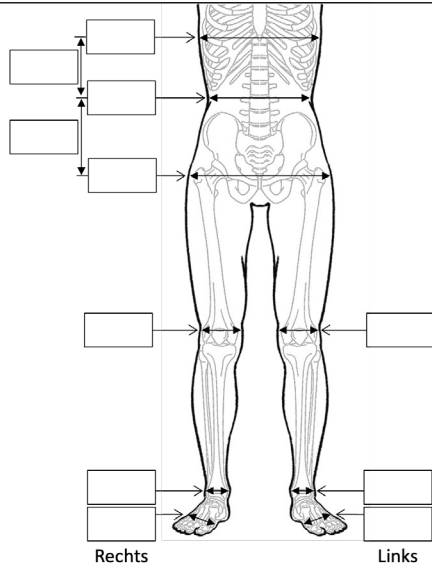
Material	☐ Faserverbundwerkstoff ☐ Thermoplastisch verformbarer Kunststoff ☐ PP ☐ PE	Farbe (Muster auf Anfrage)	
OS-Armierung (bei HKAFO)	☐ fest ☐ flexibel ☐ keine		
Vorfuß-Armierung	☐ fest ☐ flexibel ☐ semiflexibel		

Zusätzliche Ausführungsoptionen:

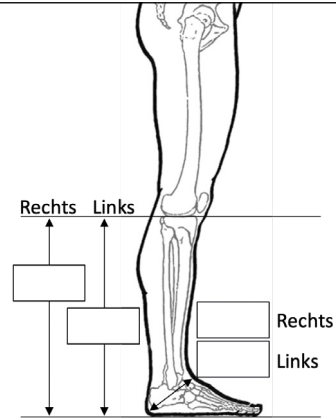
Abnehmbare OS-Hülsen	☐ ja ☐ nein	Abnehmbarer Beckenkorb	☐ ja ☐ nein
Innenpolster	OS-Hülse: ☐ ja ☐ nein	Aus: ☐ 5 mm ☐ 4 mm ☐ 3 mm ☐ Plastazote, weiß ☐ Multiform: ☐ Hautfarben ☐ Blau ☐ Rot	
	US-Hülse: ☐ ja ☐ nein		
Probeorthese	☐ ja: ☐ AFO ☐ KAFO ☐ nein		
Sonstiges			

Patienten-ID:

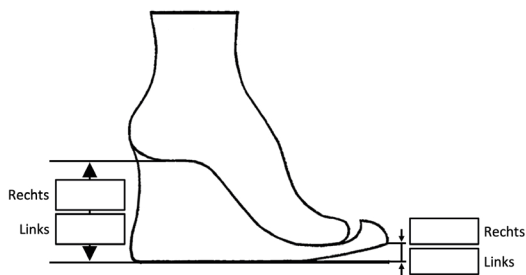
Weitenmaß:



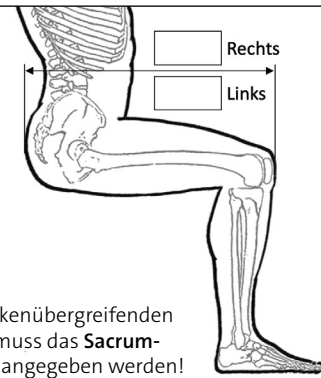
Kniespalt-Boden-Maß:



Verkürzung:



Sacrum-Patella-Maß:



Bei einer beckenübergreifenden Versorgung muss das **Sacrum-Patella-Maß** angegeben werden!

Zur Anprobe benötigte Gelenkstellung in 5°-Schritten (nach Neutral-Null-Methode)

	Rechts			Links		
	Extension	—	Flexion	Extension	—	Flexion
OSG						
Knie						
Hüfte						

Besonderheiten:

Datum

Unterschrift