

Ärztliche Verordnung

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Diagnose _____

Arm-Kompressionsbandagen nach Mass, flachgestrickt Migel Kapitel 17.15*

☐ links ☐ rechts

☐ A – D kurzer Handschuh mit ☐ Finger oder ☐ Handteil _____ Stück KKL

☐ A – E langer Handschuh mit ☐ Finger oder ☐ Handteil _____ Stück ☐ 1

☐ A – G ganzer Arm mit ☐ Finger oder ☐ Handteil _____ Stück ☐ 2

☐ C – G Armstrumpf (Unterarm-Oberarm) _____ Stück

☐ An- und Ausziehhilfe inkl. Instruktion

☐ Domizil- oder Beratung bei externer Therapiestelle

Bemerkungen _____

Unterschrift _____ Datum _____

Stempel

Affolter Orthopädie GmbH

eidg. dipl. Orthopädist
Gerliswilstrasse 55
6020 Emmenbrücke

T 041 261 08 08
info@affolter-orthopaedie.ch
www.affolter-orthopaedie.ch

Ihre telefonische Anmeldung
nehmen wir gerne unter
041 261 08 08 entgegen.

Affolter

GmbH

Orthopädie

