

Name und Anschrift des Krankenhauses/Sanitätshauses



**Dokument
per e-mail
versenden**

Asclepios Medizintechnik GmbH
Am Stollen 6/1, D-79261 Gutach
phone: +49 (0)76 85 - 90 93 33
fax: +49 (0)76 85 - 90 93 34
info@asclepios.de
www.asclepios.de

Maßblatt bitte ausgefüllt

Verantwortlicher: **Betreuer:in**

Name Patient:in

Gemessen am/Datum

Vorname

Gemessen von

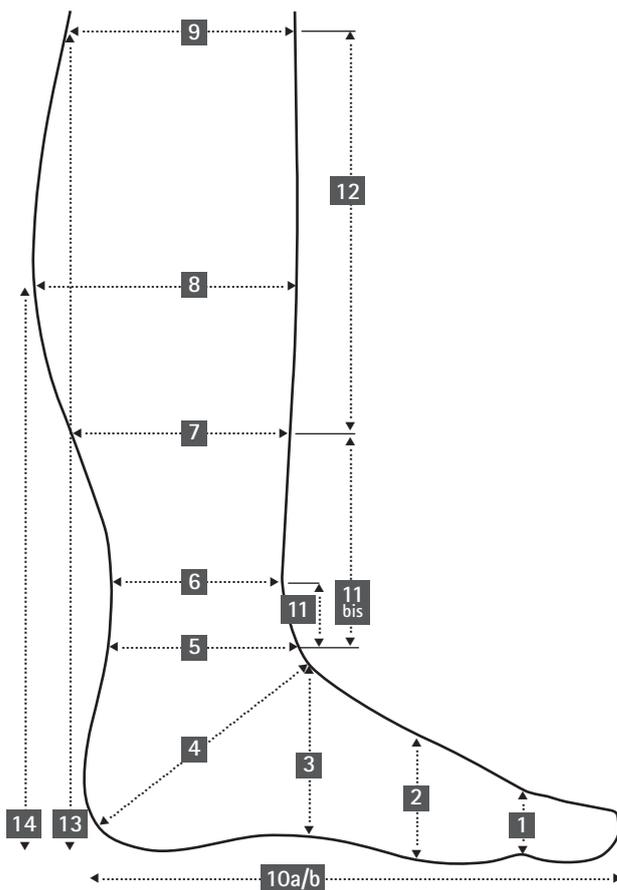
Geb. am Geschlecht

FUSS (nur in Verbindung mit Hose)

STRUMPF

Umfangmaße

Alle Maße in mm



	rechts	links	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	über Zehengrundgelenk
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	über Mittelfußgrundgelenk
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	vorderes Sprunggelenk u. Fußgewölbe
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	oberes Sprunggelenk u. Ferse
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	um Knöchel
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	kleinster Umfang oberhalb Sprunggelenk
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wadenansatz
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	größter Wadenumfang
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	unterhalb Knie/Ende

Längenmaße

10a	<input type="text"/>	<input type="text"/>	aufgesetzter Fuß/Ende lateral
10b	<input type="text"/>	<input type="text"/>	aufgesetzter Fuß/Ende medial
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Höhe des Strumpfschaftes*
11 bis	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Knöchel bis unterhalb Wade*
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Wadenansatz bis oberes Strumpfende*
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fußsohle bis oberes Strumpfende*
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fußsohle bis größter Wadenumfang

rechter Fuß **linker Fuß**
 geschlossen geschlossen
 offen offen

Gewebe **Farbe**
 Coolmax Haut
 Standard Jeansblau
 Wellness Fabrics Schwarz
 (nach Absprache)

Reißverschlüsse
 Nein
 Ja
 Bitte genaue Position auf der Zeichnung markieren

* nicht am Bein entlang, sondern senkrecht messen

ZUSATZINFORMATIONEN

ITEMS SUPPLEMENTAIRES

Name Patient:in _____

Asclepios-Bestell-Nr. _____

Datum _____



Dokument
per e-mail
versenden



Asclepios Medizintechnik GmbH
Am Stollen 6/1, D-79261 Gutach
phone: +49 (0)76 85 - 90 93 33
fax: +49 (0)76 85 - 90 93 34
info@asclepios.de
www.asclepios.de

**Maßblatt bitte ausgefüllt
zurücksenden**

STRUMPF CHAUSSETTE

REISSVERSCHLUSS AM SPRUNGGELENK/ENDE

Fermeture à glissière bord cheville

Ja Nein

Länge *Longueur* cm

Internal
External
Posterior
Anterior

FUSSSOHLEN MIT NOPPEN BESCHICHTET

Plante du pied avec nopes

Ja Nein

FARBE DER NÄHTE *Couleur de couture*

Beige *Beige*
Blau *Bleu*
Schwarz *Noir*
Weiss *Blanc*

HAFTBAND *Antiglisse*

Ja Nein

FUSSZEHEN EINZELN *Confection orteils*

Ja Nein

Wenn Ja, bitte separates Massblatt für Fußzehen ausfüllen. *Si oui, joindre fiche de mesures supplémentaire «Confection orteils»*