

Dokument  
 per e-mail  
 versenden

Maßblatt bitte ausgefüllt  
 zurücksenden

Name und Anschrift des Krankenhauses/Sanitätshauses

Verantwortliche:r Betreuer:in

Name Patient:in

Gemessen am

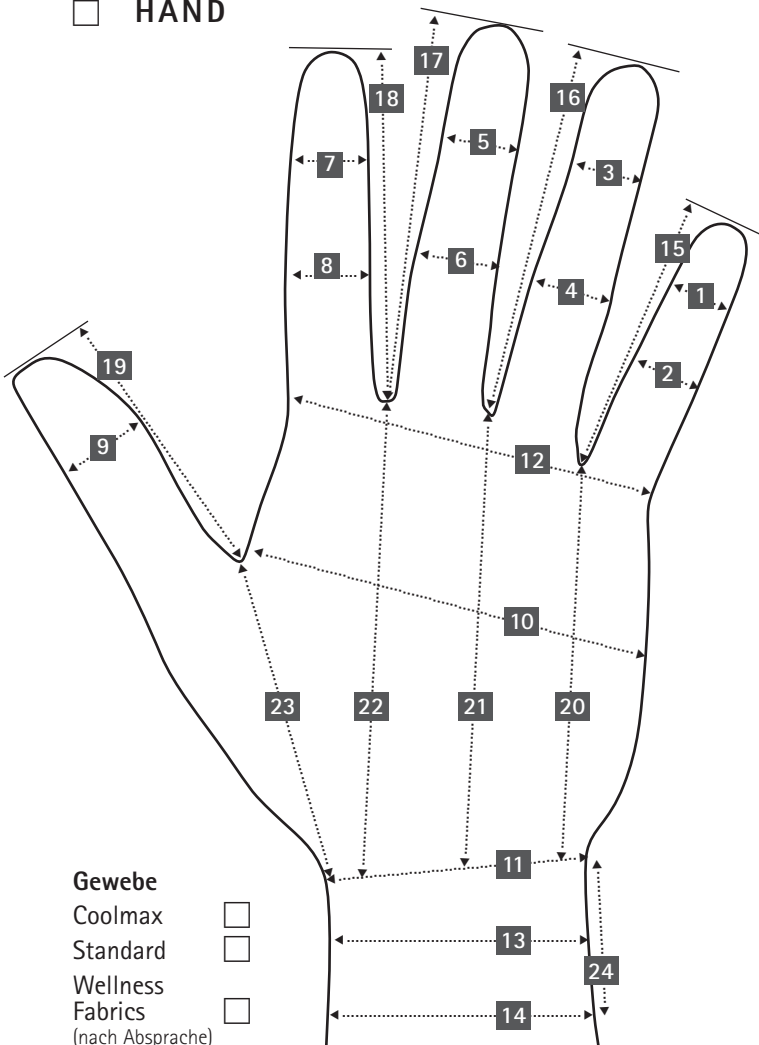
Vorname

Gemessen von

Geb. am

Geschlecht

**HAND**



**Gewebe**

- Coolmax
- Standard
- Wellness Fabrics
- (nach Absprache)

**Farbe**

- Haut
- Jeansblau
- Schwarz

**Reißverschlüsse**

- Nein
- Ja

Bitte genaue Position auf der Zeichnung markieren

**rechte Hand**

- Finger geschlossen
- Finger offen
- ohne Finger

**linke Hand**

- Finger geschlossen
- Finger offen
- ohne Finger

**Umfangmaße**

**Alle Maße in mm**

	linke H.	rechte H.	
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kl. Finger DIP-Gelenkumfang
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Kl. Finger PIP-Gelenkumfang
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ringfinger DIP-Gelenkumfang
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ringfinger PIP-Gelenkumfang
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mittelfinger DIP-Gelenkumfang
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mittelfinger PIP-Gelenkumfang
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Zeigefinger DIP-Gelenkumfang
8	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Zeigefinger PIP-Gelenkumfang
9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Daumenmitte-Gelenkumfang
10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mittelhand
11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Handgelenk
12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	über den Fingerknöcheln
13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Umfang Mitte der Manschette
14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Umfang Ende der Manschette

**Längenmaße**

	linke H.	rechte H.	
15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fingergrundlinie bis Fingerspitze
16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fingergrundlinie bis Fingerspitze
17	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fingergrundlinie bis Fingerspitze
18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fingergrundlinie bis Fingerspitze
19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fingergrundlinie bis Daumenspitze
20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Handgri. bis Zwischenfingerhaut
21	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Handgri. bis Zwischenfingerhaut
22	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Handgri. bis Zwischenfingerhaut
23	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Handgri. bis Zwischenhaut Daumen
24	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Länge der Manschette

## ZUSATZINFORMATIONEN

### ITEMS SUPPLEMENTAIRES

Name des 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

## HANDSCHUH GANT

### REISSVERSCHLUSS

*Fermeture Eclair*

Ja  Nein

Länge *Longueur* ..... cm

Position *Position*: Dorsal   
Radius   
Palmar   
Ulnar

### FINGERSPITZEN GEKETTET

*Finition surfil bout des doigts*

Ja  Nein

### HANDFLÄCHEN BESCHICHTET MIT NOPPEN

*Baume de la main avec nopes*

Ja  Nein

### HANDGELENK-ENDE *Finition bord poignet*

Gekettelt *Surfil*   
MZ-Gummiband *Elastique*   
Eingefasst *Biais*

### FARBE DER NÄHTE *Couleur de couture*

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