

Name, Vorname

Geburtsdatum

Diagnose

Verordnung für **flachgestrickte Kompressionsbandagen nach Mass**

links rechts

- | | | |
|---|----------|--|
| <input type="checkbox"/> Handschuh ohne Finger, ohne Daumen | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> Handschuh ohne Finger, mit Daumen | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> Handschuh mit Finger, mit Daumen | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> Armstrumpf | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> Armstrumpf mit Hand | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> Armstrumpf mit Hand und Fingern | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> Armstrumpf mit Schulterkappe | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> Armstrumpf mit Schulterkappe und Hand | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |
| <input type="checkbox"/> Armstrumpf mit Schulterkappe, Hand und Fingern | __ Stück | KKL: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 |

Bemerkungen

Praxis

Signatur/Stempel

Datum
