

# Prothetik-UE-Bestellformular 1

SERVICEFERTIGUNG/SilPreg®TECHNOLOGIE

## Informationen zur Bestellung

Firma: \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Informationen zur Versorgung

Patientenkennung: \_\_\_\_\_ Anwendergewicht: \_\_\_\_\_ Mobilitätsgrad:  1  2  3  4

### Auswahl Prothesenart:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>1S010=6</b> Testschaft HTV Silikon TF                                | <input type="checkbox"/> <b>1S010=4</b> Definitivschaft TF Liner<br>(HTV Silikon Sitzring & Prepreg Karbon)     |
| <input type="checkbox"/> <b>1S010=7</b> Diagnoseschaft TF<br>(HTV Silikon & Kunststoff)          | <input type="checkbox"/> <b>1S010=5</b> Badeschaft TF-Flexibel<br>(HTV Silikon mit integrierter Prepreg Spange) |
| <input type="checkbox"/> <b>1S010=1</b> HTV Oberschenkelschaft                                   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>1S010=2</b> Definitivschaft OS<br>(HTV Silikon & Prepreg Karbon)     | <input type="checkbox"/> <b>1S020=1</b> HTV Liner für Hüftbein-Prothese   |
| <input type="checkbox"/> <b>1S010=3</b> HTV Silikonring TF<br>(Silikonring Stumpfeintrittsebene) | <input type="checkbox"/> <b>1S020=2</b> Definitivschaft für Hüftprothese<br>(HTV Silikon & Prepreg Karbon)      |

## Ausführungsdetails

**Auswahl der Shorehärte:**  fest (Standard) (65°)  mittel (50°)  weich (35°)  sehr weich (20°)

### Farbe Silikon:

grau  schwarz  blau  orange  haut  rot  gelb  grün  lila  pink  RAL-Angabe: \_\_\_\_\_

### Farbe Aussenschaft:

grau  schwarz  blau  orange  haut  rot  gelb  grün  lila  pink  RAL-Angabe: \_\_\_\_\_

### Aufbauhöhe:

beibehalten  einkürzen: \_\_\_\_\_ cm Anmerkung: \_\_\_\_\_

### Arretierungsoptionen zwischen Innen- & Aussenschaft:

Verschraubung (nach Anzeichnung)  Flausch & Klett

### Passteile:

Ventilsystem\*: \_\_\_\_\_ Locksystem\*: \_\_\_\_\_

Weitere Einbausysteme\*: \_\_\_\_\_

\* Vorhandene Passteile/Dummys (falls nicht mitbestellt) sind mit einzusenden

### Sonstige/Zusätze (bitte Anzeichnung am Modell vornehmen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gelpolster Perineum/Individuell  | <input type="checkbox"/> Silikontasche Perineum-/Sitzbereich |
| <input type="checkbox"/> Verstärkungskappe/-spange distal | <input type="checkbox"/> Matrixverstärkung Sitzbereich       |
| <input type="checkbox"/> Gelpolster Femur/Individuell     | <input type="checkbox"/> Anti Haftbeschichtung               |

### Aussenschaft:

Flexible Bereiche (nach Anzeichnung)

**Anmerkung:** \_\_\_\_\_

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und die Datenschutzerklärung der Firma Guenther Bionics gelesen und akzeptiert.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift / Firmenstempel: \_\_\_\_\_