

Informationen zur Bestellung

Firma: _____ Ansprechpartner: _____
Tel.: _____ Fax: _____

Informationen zur Versorgung

Patientenkennung: _____ Anwendergewicht: _____ Mobilitätsgrad: 1 2 3 4
Anfertigung aus digitalisierten Daten: nein ja Datum der digitalisierten Versorgung: _____

Auswahl Prothesenart:

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

Ausführungsdetails

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

Farbe Silikon⁽¹⁰⁾:

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

Farbe Aussenschaft⁽¹¹⁾:

Standard Carbon grau schwarz blau orange haut rot gelb grün lila pink RAL-Angabe: _____

Aufbauhöhe:

beibehalten einkürzen: _____ cm Anmerkung: _____

Arretierungsoptionen zwischen Innen- & Aussenschaft:

Verschraubung (nach Anzeichnung) Flusch & Klett

Pasteile:

Ventilsystem⁽¹⁾: _____ Locksystem⁽¹⁾: _____

Weitere Einbausysteme⁽¹⁾: _____

Sonstige/Zusätze (bitte Anzeichnung am Modell vornehmen)

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

Aussenschaft:

Dyneema (nach Anzeichnung) offene Bereiche (nach Anzeichnung)

Digitalisierung:

Soll der zu fertigende Schaft digitalisiert werden: ja nein

Anmerkung: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift⁽²⁾ / Firmenstempel: _____

(1) Vorhandene Pasteile/Dummys (falls nicht mitbestellt) sind mit einzusenden (2) Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen und die Datenschutzerklärung der Firma Guenther Bionics gelesen und akzeptiert. (10) Zweifarbig und Anfertigung nach RAL-Angabe sind mit Mehrkosten verbunden.

(11) Farblackierung sind mit Mehrkosten verbunden.