Mobiderm® *kopię arkusza prosimy przesłać faksem : 022 757 77 36*

# *ARKUSZ POMIAROWY : Rękaw MOBIDERM na miarę*

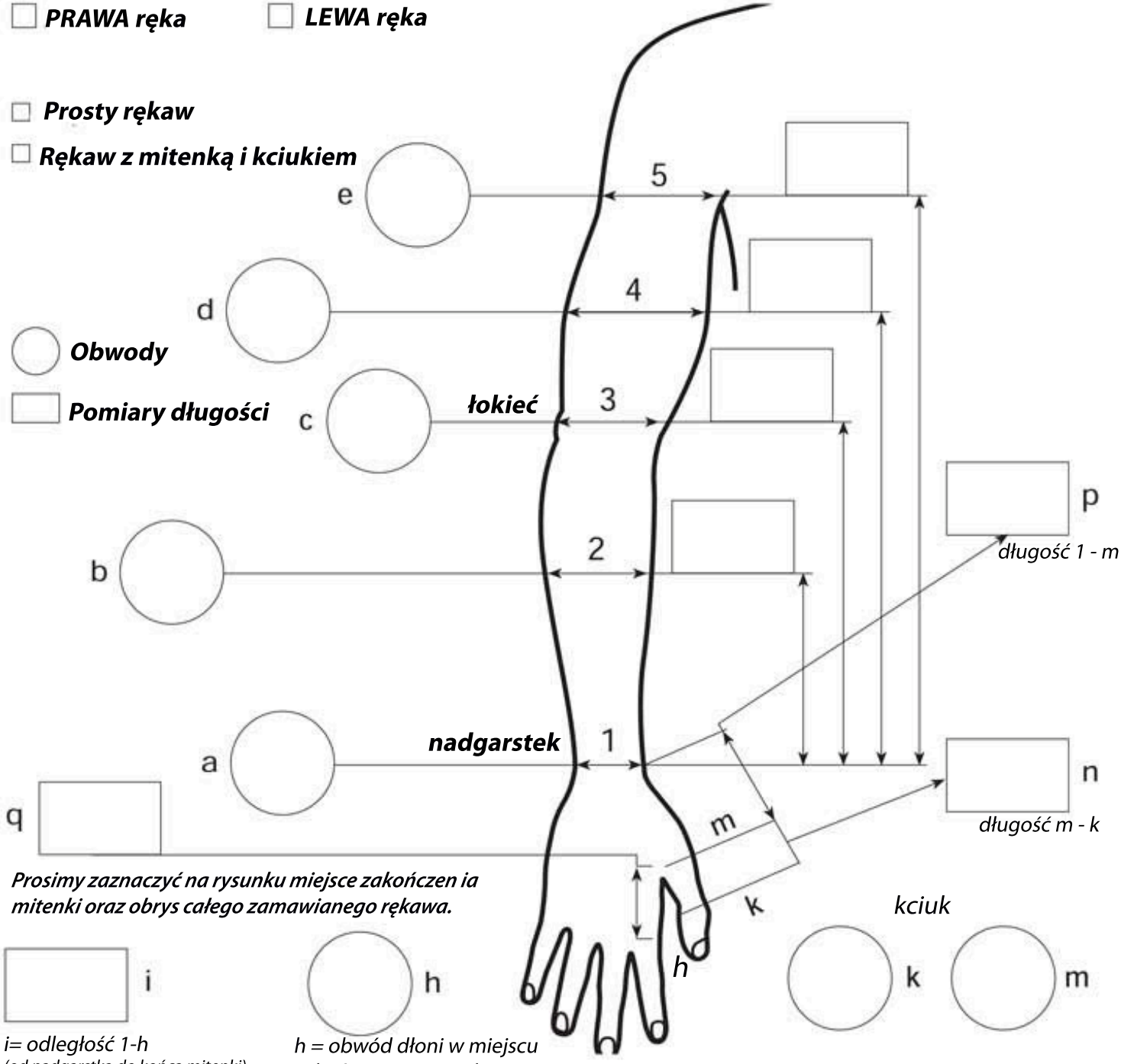
☐ ***PRAWA ręka*** ☐ ***LEWA ręka***

☐ ***Prosty rękaw***

☐ ***Rękaw z mitenką i kciukiem***

***Obwody***

***Pomiary długości***




*Prosimy zaznaczyć na rysunku miejsce zakończen ia mitenki oraz obrys całego zamawianego rękawa.*

i

*i= odległość 1-h*
*(od nadgarstka do końca mitenki)*

h

*h = obwód dłoni w miejscu zakończenia mitenki*

***pomiary podajemy w cm (np. 12,4 cm)***

***NIEZBĘDNE JEST WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH OKIENEK POMIAROWYCH POTRZEBNYCH DLA OKREŚLENIA ZAMAWIANEGO RĘKAWA.***

*imię, nazwisko i telefon kontaktowy osoby wypełniającej arkusz* : .....

.....

.....

*nazwisko pacjenta :* .....

.....

***pieczęć zakładu/sklepu***

*Nr klienta:* *Data:*

THUASNE *THUASNE Polska Sp. z o.o., Łazy, Al. Krakowska 202, 05-552 Wólka Kosowska, e-mail : biuro@thuasne.pl*