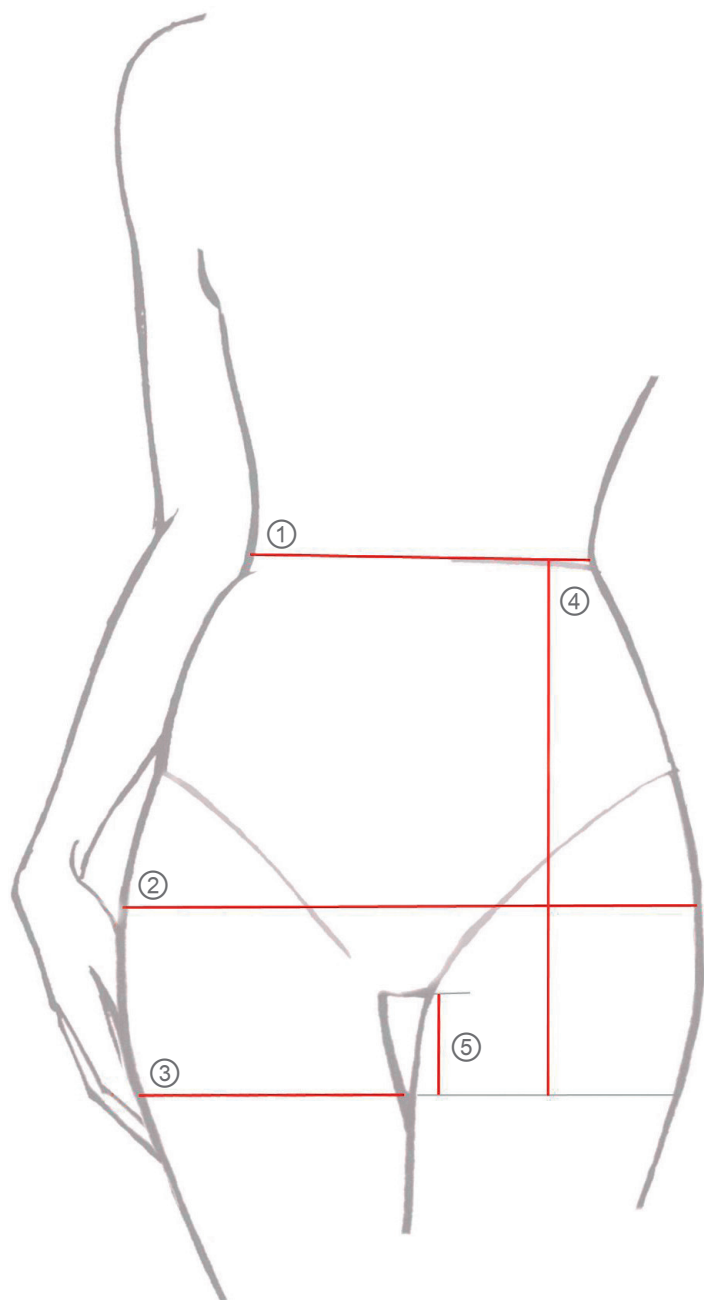


Bruchhosen ☐ Damen ☐ Herren

Fax. +49 (0) 78 21 | 93 99 34



① **Tailenumfang** _____ cm

② **Hüftumfang** _____ cm

③ **Schenkelumfang** _____ cm

④ **Gewünschte Höhe** _____ cm

⑤ **Schenkellänge** _____ cm

Farbe

☐ Haut ☐ Schwarz ☐ Sonstiges

gewünschte Kompression

☐ hoch ☐ mittel ☐ leicht

Stoff

☐ einfach ☐ doppelt

Abdomen

☐ flach ☐ gewölbt ☐ Hängeleib

Gesäß

☐ normal ☐ flach ☐ ausgeprägt

Ausführung

☐ Unterstützungslasche

Schrittwinkel

☐ Klettverschluss ☐ Haken-/Augenband
☐ Magnetverschluss

Eingriff

Pelotte

Art.-Nr. _____ Größe _____

Stoma

Ø _____ mm

Sonstiges

Kontakt Daten

☐ Angebot ☐ Bestellung

Kundennummer: _____ Kommission: _____

Anschrift: _____ Lieferanschrift: _____
(falls abweichend)

Telefon: _____ Ansprechpartner: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____