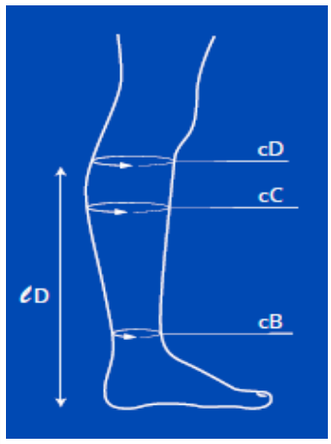
Stuur dit ingevulde formulier samen met het voorschrijfformulier naar de zorgverzekeraar of naar de voor u declarende partij

THUASNE

BESTELFORMULIER THUASNE MOBIDERM AUTOFIT ONDERBEEN AD

Datum aanvraag:	Naam Praktijk:
Afleveradres:	Naam voorschrijver:
Praktijk:	Naam Patiënt:
Anders:	Geboortedatum:
	Adres:
	Pc + Woonplaats:
	Lengte Patiënt:
	Geslacht: ☐ **vrouw** ☐ **man**

Ld kort 30-40 cm		cB smalste gedeelte enkel	cC omvang kuit	cD omvang net onder knie	Z-indexnummer
Mt					
T1	☐	16-24 cm	24-35 cm	25-36 cm	16516907
T2	☐	20-38 cm	32-43 cm	32-43 cm	16516974
T3	☐	24-32 cm	40-51 cm	39-50 cm	16516982
T4	☐	28-36 cm	48-59 cm	46-57 cm	16517083
Ld normaal 40-42 cm		cB smalste gedeelte enkel	cC omvang kuit	cD omvang net onder knie	Z-indexnummer
Mt					
T1	☐	16-24 cm	24-35 cm	25-36 cm	16517091
T2	☐	20-38 cm	32-43 cm	32-43 cm	16517105
T3	☐	24-32 cm	40-51 cm	39-50 cm	16517113
T4	☐	28-36 cm	48-59 cm	46-57 cm	16517121
Ld lang 42-44 cm		cB smalste gedeelte enkel	cC omvang kuit	cD omvang net onder knie	Z-indexnummer
Mt					
T1	☐	16-24 cm	24-35 cm	25-36 cm	16517148
T2	☐	20-38 cm	32-43 cm	32-43 cm	16517156
T3	☐	24-32 cm	40-51 cm	39-50 cm	16517164
T4	☐	28-36 cm	48-59 cm	46-57 cm	16517172
Ld X-lang 44-46 cm		cB smalste gedeelte enkel	cC omvang kuit	cD omvang net onder knie	Z-indexnummer
Mt					
T1	☐	16-24 cm	24-35 cm	25-36 cm	16517180
T2	☐	20-38 cm	32-43 cm	32-43 cm	16517199
T3	☐	24-32 cm	40-51 cm	39-50 cm	16517202
T4	☐	28-36 cm	48-59 cm	46-57 cm	16517210



WIJ ADVISEREN AUTOFIT BEEN TE BESTELLEN IN COMBINATIE MET HET CICATREX TEENVERBAND

Maat	Aantal	Omvang	Z-index nr.	Kleur	Maat	Aantal	Omvang	Z-index nr.	Kleur
1		21 - 22 cm	**16307534**	Zwart	**1**		21 - 22 cm	16307526	Caramel
2		23 - 24 cm	**16307550**	Zwart	**2**		23 - 24 cm	16307607	Caramel
3		25 - 26 cm	**16307577**	Zwart	**3**		25 - 26 cm	16307569	Caramel
4		27 - 28 cm	**16307593**	Zwart	**4**		27 - 28 cm	16307585	Caramel