

# Spinomed® active

Kostenvoranschlag     Bestellung



Kundennummer

Stempel Sanitätshaus

Gemessen hat

Telefonnummer für Rückfragen

Kommission (Bitte in Druckbuchstaben eintragen)

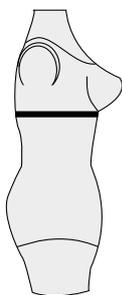
**medi GmbH & Co. KG**  
 Medicusstraße 1  
 95448 Bayreuth  
 Germany  
 T +49 921 912-313  
 F +49 921 912-57  
 medi@medi.de  
 www.medi.de

## Bitte mit angezogenem BH messen.

Für das Modell Spinomed active ohne Cup werden nur die grau hinterlegten Maße benötigt!

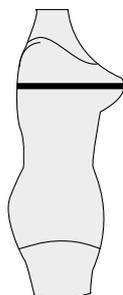
**Farbe:**  schwarz (erhältlich mit Cup)     champagner (erhältlich mit / ohne Cup)     Patientin trägt bereits Spinomed active in Größe \_\_\_\_\_

mit Cup     ohne Cup    Zwickel:  Haken/Ösen     Klett/Flausch     Erstversorgung     Folgeversorgung ohne Rückenschiene



**Unterbrustumfang**  
waagrecht/direkt unter der Brust

\_\_\_\_\_ cm



**Brustumfang**  
über stärkste Stelle der Oberweite

\_\_\_\_\_ cm



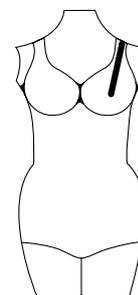
**Brustquermaß**  
vom Brustbein über Brustmitte bis Ende Brust

\_\_\_\_\_ cm



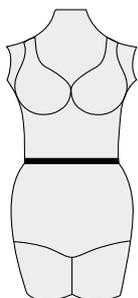
**Untere Brusthöhe**  
von Unterbrust bis Brustmitte

\_\_\_\_\_ cm



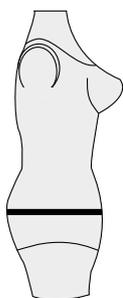
**Schulter-Brust-Maß**  
anliegend von Schultermitte bis Brustmitte

\_\_\_\_\_ cm



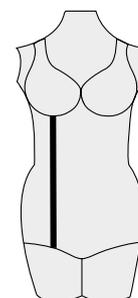
**Taillenumfang**  
waagrecht um die Taille

\_\_\_\_\_ cm



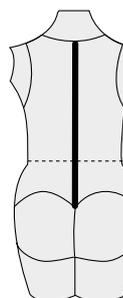
**Gesäßumfang**  
stärkste Stelle des Gesäßes

\_\_\_\_\_ cm



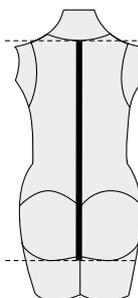
**Vordere Höhe**  
senkrecht anliegend von Unterbrust bis Schenkelbeuge

\_\_\_\_\_ cm



**Rückenhöhe 1**  
C7 bis Pofalte am Rücken anliegend

\_\_\_\_\_ cm



**Rückenhöhe 2**  
ab C7 anliegend, aber ab stärkster Stelle Gesäß hängend bis Gesäßabschluss

\_\_\_\_\_ cm

### Zusatzangaben (bitte komplett ausfüllen):

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> normaler Rücken                                | <input type="checkbox"/> normaler Leib | <input type="checkbox"/> normales Gesäß |
| <input type="checkbox"/> starker Rundrücken                             | <input type="checkbox"/> Hängeleib     | <input type="checkbox"/> flaches Gesäß  |
| <input type="checkbox"/> Hohlkreuz                                      | <input type="checkbox"/> Kugelbauch    | <input type="checkbox"/> starkes Gesäß  |
| <input type="checkbox"/> Besonderheiten (z.B. zusätzliche Krankheiten): |  |   |

Größe der Patientin \_\_\_\_\_ cm

Alter der Patientin \_\_\_\_\_ Jahre

Gewicht der Patientin \_\_\_\_\_ kg

BH-Größe der Patientin \_\_\_\_\_

(Patientendaten werden im Rahmen des Datenschutzes vertraulich behandelt)

Datum

Unterschrift Sanitätshaus

**medi. ich fühl mich besser.**

