

Vorgang	
MRN	
Bearbeiter	

## FARBABSTIMMUNG SILIKON

### Vorfußprothese

Firma	
Strasse	
PLZ   Ort	

Techniker	
Datum	
E-Mail	
Telefon	

#### Patientendaten

Name	
Geburtstag	

Betroffene Seite	links	rechts
Geschlecht	männlich	weiblich

#### Konfiguration

Ausführung	Basic	
	Classic (max. 3 Farben)	
	Individuell	
Fußnägel	Silikon	Acryl
Haare <i>(nicht bei Basic)</i>	ja	nein

**Ausführung Classic: Sind mehr als 3 Farben angegeben, behalten wir uns vor, diese ohne Rücksprache zu reduzieren.**

#### Notizen

---

---

---

---

---

---

---

---

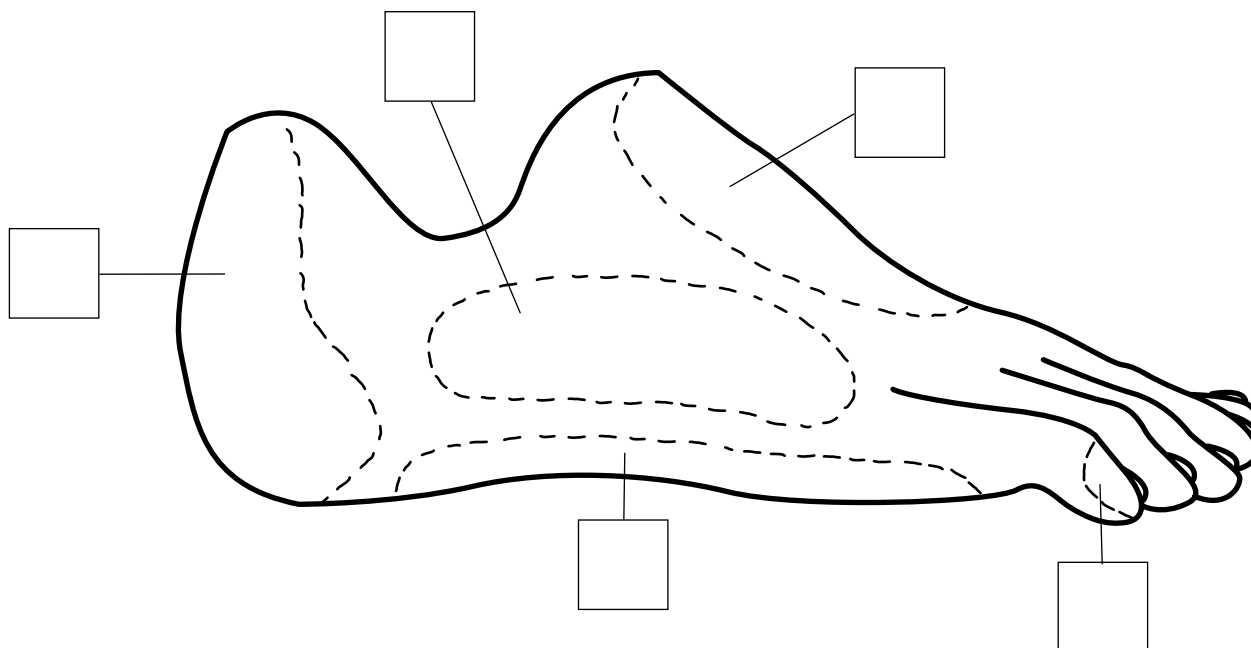
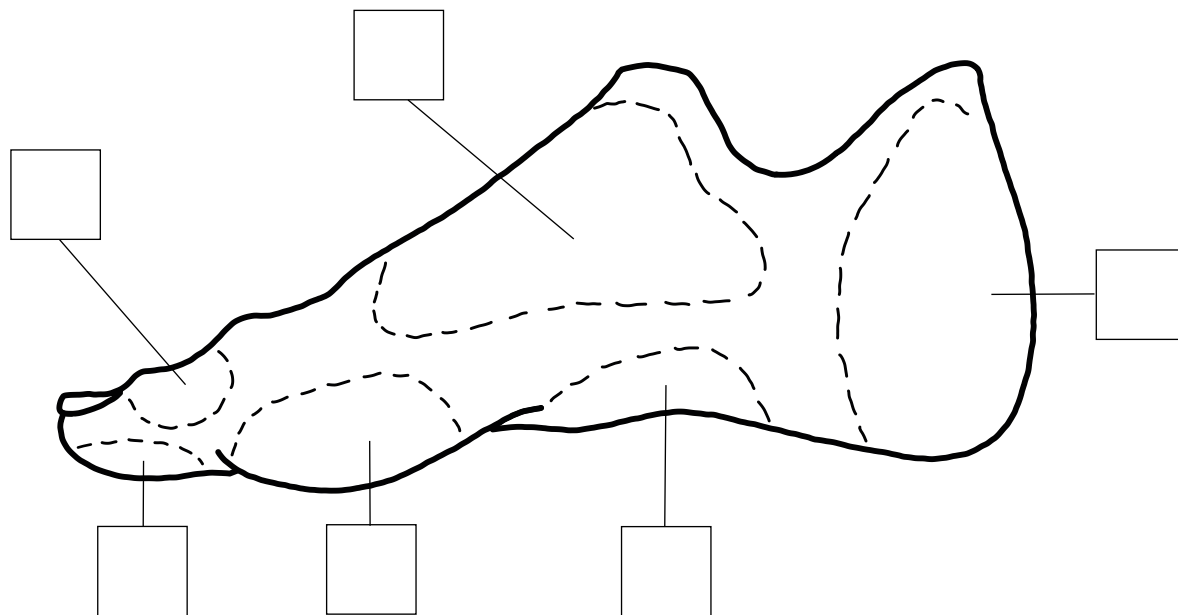
---

---

Vorgang	
MRN	
Name Patient	
Bearbeiter	

**FARBABSTIMMUNG SILIKON**

Vorfußprothese Seite 2



Vorgang	
MRN	
Name Patient	
Bearbeiter	

**FARBABSTIMMUNG NÄGEL**

Vorfußprothese Seite 3

**Bitte den von uns mitgelieferten Nagelfarbring verwenden.**



**Nagelende**

Ja    Nein

**Notizen**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---