

Vorgang | \_\_\_\_\_  
 MRN | \_\_\_\_\_  
 Bearbeiter | \_\_\_\_\_

**schubert + braun prothesenwerk gmbh**  
 Bautzner Str. 145 | 01099 Dresden  
 +49 351 5637 9796  
 info@prothesenwerk.com  
 www.prothesenwerk.com

# MASSBLATT

## Narbenkompressionsmaske

Firma | \_\_\_\_\_  
 Strasse | \_\_\_\_\_  
 PLZ | Ort | \_\_\_\_\_

Techniker | \_\_\_\_\_  
 Datum | \_\_\_\_\_  
 E-Mail | \_\_\_\_\_  
 Telefon | \_\_\_\_\_

### Patientendaten

Name | \_\_\_\_\_  
 Geburtstag | \_\_\_\_\_  
 Pat.Telefon | \_\_\_\_\_

Betroffene Seite	links	rechts
Geschlecht	männlich	weiblich

mit harter Maske KUPLA	3 mm	4 mm
ohne harter Maske KUPLA		
Standard Silikon	20 Shore	2 mm dick
andere Silikone	_____ Shore	_____ mm dick
Farbe	_____	
Verbrennungsgefahr	_____	

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Narben und Maskenverlauf  
 bitte in die Skizzen einzeichnen

