

BESTELLFORMULAR DIAGNOSESCHAFT

PROLUTIONS V-RANGE

Name des Sanitätshauses: _____
 Kundennummer: _____
 Anschrift: _____
 Land: Deutschland Österreich Schweiz
 Anwender-Referenz: _____
 Ansprechpartner: _____
 Telefon: _____
 Email: _____
 Fax: _____
 Össur Auftragsnr.: _____
(wird von Össur ausgefüllt)

Geschlecht: männl. weibl.
 Gewicht: _____ kg
 Seite: links rechts
 Linertyp: _____
 Hersteller: _____
 Linergröße: _____
 Lieferoptionen: Standard (kostenlos)
 Express 30€ *(Bei Bestelleingang bis 11Uhr Lieferung am Folgetag zwischen 9-12Uhr)*
 Express plus 100€
(Bei Bestelleingang bis 11Uhr Lieferung am Folgetag zw. 7-9 Uhr: Bitte stellen Sie sicher, dass die Warenannahme gewährleistet ist)

SCHAFTFORM:

Prolutions VX.TF (PR-TF05)
 Prolutions VX.TF mit Dummy (PR-TF05/2)
 Prolutions V.Gogh (PR-TF06)
 Prolutions VX.Knee (PR-TF07)

UMFANG REDUZIERUNG ODER ZIELMASS

Unterhalb Subtrochanter/ 0 Maß

3 cm	_____ cm	_____ %	_____ cm
6 cm	_____ cm		_____ cm
9 cm	_____ cm		_____ cm
12 cm	_____ cm		_____ cm
15 cm	_____ cm		_____ cm
18 cm	_____ cm		_____ cm
21 cm	_____ cm		_____ cm
24 cm	_____ cm		_____ cm
27 cm	_____ cm		_____ cm
30 cm	_____ cm		_____ cm
33 cm	_____ cm		_____ cm
36 cm	_____ cm		_____ cm

↓
0

Volumen Stumpf: _____ cm³
 Volumen Schaft: _____ cm³
 Volumen reduziert: _____ cm³
 Volumen Elongierung _____ % = _____ cm
 Sollmaß Schaftlänge _____ cm
(nach Volumen)

SCHAFTMASSE UND VEKTOREN

1. Skeletäres ML _____ cm
(+1 cm = Zielmaß)
2. Stumpflänge ab _____ cm
Subtrochanter /0 Maß
3. Horizontaler Ramuswinkel _____ °
4. Diagonales ML _____ cm
(+ 1 cm = Zielmaß)
5. ML 1 Level2
a) _____ b) _____ Soll _____ cm _____ d
6. ML 2 Level3
a) _____ b) _____ Soll _____ cm _____ d
7. ML 3 Level4
a) _____ b) _____ Soll _____ cm _____ d
8. A-P Rectus Biceps femoris _____ cm
(optional)
9. Trochanter abanterior _____ cm
(optional)
10. Laterale Adduktion _____ °
11. Flexion _____ °
12. Vert . Rectus Winkel _____ °
13. Vert . Gluteus Winkel _____ °
14. Hor . Rectus Winkel _____ °
15. Hor . Gluteus Winkel _____ °
16. Subtrochanter Spine _____ cm
17. A-P medial _____ cm
18. A-P lateral _____ cm
19. Rectus Vastus Winkel _____ °
20. AG Adductor longus _____ cm
Gracilis *(optional)*

VERRIEGELUNGSSYSTEM

(separat berechnet)
Positionierung des Auslösers:

Medial Lateral
 Ventral

Icelock 214 AK OFFSET - Össur (L-214 3xx)
 Icelock 211 - Össur (L-211 000)
 Clutch Lock 151 - Streifeneder (1551)
 BOA Lanyard - Protheseus (PKR014)
 OT socket fix - Protheseus (PYH4111)
 Anderes System:

(Bitte schicken Sie das Verriegelungssystem an Össur Deutschland, Sprengerstraße 441, 29223 Celle und berücksichtigen Sie die dadurch entstehende längere Lieferzeit des Schafts.)

VENTIL (separat berechnet)

Position:
 Medial Lateral

Schraubventil Icelock 552 - Össur:
 Ausstoß automatisch (L-552000)
 Schraubventil schwarz - Neuhof:
 Ausstoß nicht automatisch (207D09)
 PushValve - Otto Bock (21Y14)
 Anderes System:

(Bitte schicken Sie das Ventil an Össur Deutschland, Sprengerstraße 441, 29223 Celle und berücksichtigen Sie die dadurch entstehende längere Lieferzeit des Schafts.)
 nur Dummy

Össur erklärt, dass Daten in diesem Dokument von Össur verarbeitet werden. Diese Daten werden von Össur erhoben, um vertragliche Verpflichtungen zu erfüllen sowie zur Feststellung der Produkt-Eignung. Rechtsgrundlage hierfür ist der Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO. Diese Einwilligung können Sie jederzeit unter der aufgeführten Adresse oder unter ksveinsson@ossur.com widerrufen. Weitere Hinweise zum Datenschutz können Sie unserer Website (WWW.OSSUR.COM) entnehmen.

Össur Deutschland GmbH
 Melli-Beese-Straße 11
 50829 Köln
 Deutschland

TEL 0800 180 8379
 FAX 0800 180 8387
info-deutschland@ossur.com

Össur Schweiz AG
 Hans Huber-Strasse 38
 4500 Solothurn
 Schweiz

TEL 0800 344 000
 FAX 0800 344 001
info-schweiz@ossur.com

Össur Österreich GmbH
 Mooslackengasse 17
 1190 Wien
 Österreich

TEL 0800 068 745
 FAX 0800 068 746
info-osterreich@ossur.com