

PROPRIO® Bestellung Erwachsene & Schmerzpatienten

Firma:	Fon
Straße:	Fax
PLZ, Ort:	Email
Ansprechpartner:	Datum:

Indikation: Bitte tragen Sie hier die Hauptindikation/Schmerzsymptomatik ein!	Alter des Patienten:
--	-----------------------------

1. FUSSTYP

Normalfuß		Senk-Spreizfuß		Knick-Senk-Spreizfuß		leichter Hohl-Spreizfuß		starker Hohl-Spreizfuß		leichter Klumpfuß	
links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts

2. BESCHWERDEN FUSS/SPRUNGGELENK

Vorfuß-Überlastungsschmerz		Hallux Rigidus		Plantarfascitiis		Achillessehnenbeschwerden		Peronaeusparese		Sonstiges: _____	
links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts

3. BESCHWERDEN UNTERSCHENKEL/KNIE

Knieschmerz		Valgus-Gonarthrose		Varus-Gonarthrose		Verhärtung der Wadenmuskulatur		Schienbeinschmerz		Sonstiges: _____	
links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts	links	rechts

4. BESCHWERDEN RÜCKEN/KOPF

Schmerzen LWS/BWS/HWS		Verspannungsschmerz		Migräne		Tinnitus		Sonstiges: _____	
-----------------------	--	---------------------	--	---------	--	----------	--	---------------------	--

	Artikelnummer	Fußlänge	Schuhgröße	Kommission
Links	proprio®	cm		
Rechts	proprio®	cm		

ohne Bezug	
mit Stoßabsorber lose	
mit X-Static-Bezug lose	
Microfaserbezug lose <input type="checkbox"/> beige <input type="checkbox"/> braun <input type="checkbox"/> blau <input type="checkbox"/> orange <input type="checkbox"/> schwarz <input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> rosa	
Springolon 1 lfd.m <input type="checkbox"/> 3 mm <input type="checkbox"/> 5 mm <input type="checkbox"/> 6 mm	
mit X-Static-Springolon 1,5 mm Rolle 10 m/12 cm breit <input type="checkbox"/>	

SPRINGER AKTIV AG
 Lengeder Straße 52
 D-13407 Berlin
 Fon (0049) 30-49 00 03 43
 Fax (0049) 30-49 00 03 11
 grabinski@springer-berlin.de