



BANDAGEN

EpiTrain® • GenuTrain® • GenuTrain® P3 • MalleoTrain®
Maßbestellungen

Anleitung für Maßbestellungen

Bauerfeind Orthopädie Maßzentrum
 Triebeser Straße 16 · 07937 Zeulenroda-Triebes
 Tel. 0800-001 05 10 · Fax 0800-001 05 15

EpiTrain®	GenuTrain®	GenuTrain® P3	MalleoTrain®
<p>Längenmaße an der Innenseite des Armes in leichter Beugstellung nehmen.</p> <p>f¹ Oberarm (mind. 11 cm oberhalb Epicondylus)</p> <p>f Oberarmansatz</p> <p>e Ellenbogenmitte (Epicondylus)</p> <p>d Mitte Unterarmmuskel</p> <p>c Muskelansatz (mind. 13 cm unterhalb Epicondylus)</p>	<p>f¹ Oberschenkel (mind. 14 cm oberhalb Kniemitte. Wenn Umfang bei f¹ ≥ 47 cm, dann Umfang bei 17 cm oberhalb Kniemitte messen)</p> <p>f Oberschenkelansatz</p> <p>e Kniemitte</p> <p>d dünnste Stelle unterhalb Knie</p> <p>c Wadenansatz (mind. 12 cm unterhalb Kniemitte)</p>	<p>f¹ Oberschenkel (mind. 17 cm oberhalb Kniemitte)</p> <p>f Oberschenkelansatz</p> <p>e Kniemitte</p> <p>d dünnste Stelle unterhalb Knie</p> <p>c Wadenansatz (mind. 15 cm unterhalb Kniemitte)</p>	<p>b¹ Wadenansatz (mind. 16 cm oberhalb Punkt „A“)</p> <p>b dünnste Stelle oberhalb Knöchel</p> <p>h Rist</p> <p>a Umfang kurz hinter den Zehen</p> <p>A Bezugspunkt für Längenmaß</p> <p>←→ Fußlänge mind. 15 cm</p> <p>1 Umfang von Mitte Innenknöchel waagrecht über Achillessehne zur Mitte Außenknöchel</p> <p>2 Umfang von Mitte Innenknöchel senkrecht über Fußsohle zur Mitte Außenknöchel</p>
<p>Für eine korrekte Versorgung sind unbedingt alle Maßangaben erforderlich!</p>			

Maßbestellungen

Tel. 0800-001 05 10

Fax 0800-001 05 15

111

Klinik

111

Kunden-Nummer:

--	--	--	--	--	--	--	--

EpiTrain®	GenuTrain®	GenuTrain® P3	MalleoTrain®																																														
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Umfang</th> <th>Länge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>f'</td> <td>e-f'</td> </tr> <tr> <td>f</td> <td>e-f</td> </tr> <tr> <td>e</td> <td>e-d</td> </tr> <tr> <td>d</td> <td>e-d</td> </tr> <tr> <td>c</td> <td>e-c</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/></p>	Umfang	Länge	f'	e-f'	f	e-f	e	e-d	d	e-d	c	e-c	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Umfang</th> <th>Länge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>f'</td> <td>e-f'</td> </tr> <tr> <td>f</td> <td>e-f</td> </tr> <tr> <td>e</td> <td>e-d</td> </tr> <tr> <td>d</td> <td>e-d</td> </tr> <tr> <td>c</td> <td>e-c</td> </tr> </tbody> </table> <p style="text-align: center;">rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/></p>	Umfang	Länge	f'	e-f'	f	e-f	e	e-d	d	e-d	c	e-c	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Umfang</th> <th>Länge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>f'</td> <td>e-f'</td> </tr> <tr> <td>f</td> <td>e-f</td> </tr> <tr> <td>e</td> <td>e-d</td> </tr> <tr> <td>d</td> <td>e-d</td> </tr> <tr> <td>c</td> <td>e-c</td> </tr> </tbody> </table> <p>Höhe der Patella _____ mm Breite der Patella _____ mm (bei leicht angewinkeltem Knie)</p> <p>Bandage rechtes Bein <input type="checkbox"/> linkes Bein <input type="checkbox"/></p> <p>Sitz des rechts <input type="checkbox"/> Korrekturzuges links <input type="checkbox"/></p>	Umfang	Länge	f'	e-f'	f	e-f	e	e-d	d	e-d	c	e-c	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Umfang</th> <th>Länge</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>b'</td> <td>A-b'</td> </tr> <tr> <td>b</td> <td>A-b</td> </tr> </tbody> </table> <p>_____ cm Fußlänge ohne Spitze</p> <p style="text-align: center;">rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/></p> <p>Pelottenmesspunkte</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">①</td> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">②</td> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Umfang	Länge	b'	A-b'	b	A-b	①		②	
Umfang	Länge																																																
f'	e-f'																																																
f	e-f																																																
e	e-d																																																
d	e-d																																																
c	e-c																																																
Umfang	Länge																																																
f'	e-f'																																																
f	e-f																																																
e	e-d																																																
d	e-d																																																
c	e-c																																																
Umfang	Länge																																																
f'	e-f'																																																
f	e-f																																																
e	e-d																																																
d	e-d																																																
c	e-c																																																
Umfang	Länge																																																
b'	A-b'																																																
b	A-b																																																
①																																																	
②																																																	

Datum/Stempel/Unterschrift:

Komm.:

adipös männlich Körpergröße: _____
 muskulär weiblich Alter: _____