

Fax-Bestellformular Fax Order Form



VENOSAN®
Compression Stockings

SWISSLASTIC AG ST. GALLEN
Rorschacher Strasse 304
CH-9016 St. Gallen
Tel. +41 (0)58 258 42 10
Fax +41 (0)58 258 42 11
www.swisslastic.ch
www.venosan.com

Frau/ Mrs. Herr/ Mr.

Absender (Stempel)/ Sender (stamp)

Komm./ name of patient: _____

Geburtsdatum/ date of birth: _____

Letzte Auftrags-Nr./ last order no.: _____

Arzt/ doctor: _____

Kunden-Nr./ customer no: _____

Datum/ date: _____

VENOSAN® 7002 (Ccl. II)						
VENOSAN® 7003 (Ccl. III)						

Farbe/ colour: beige black

Sonderwünsche/ special requirements: _____

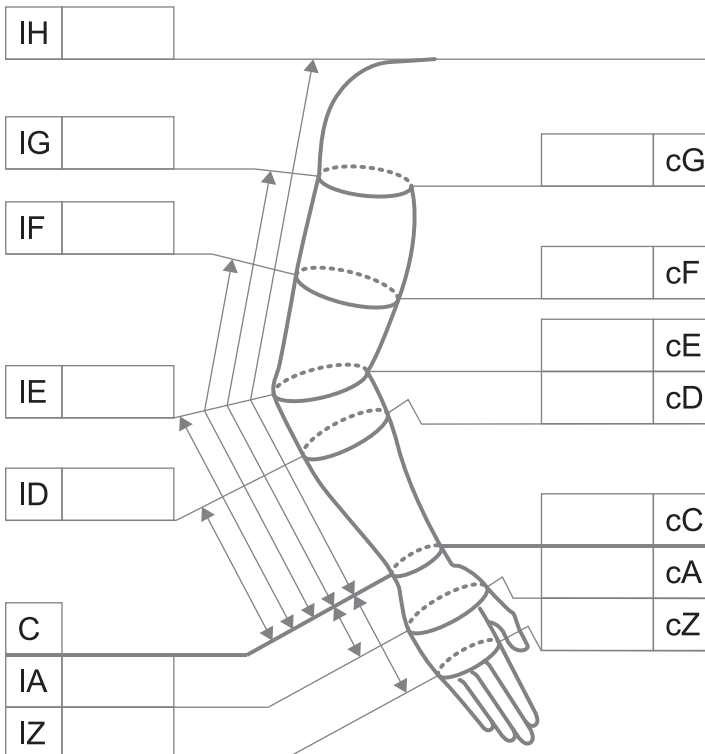
Anzahl/ Quantity

	Stk. links/ pcs. left
	Stk. rechts/ pcs. right

RECHTER ARM / RIGHT ARM

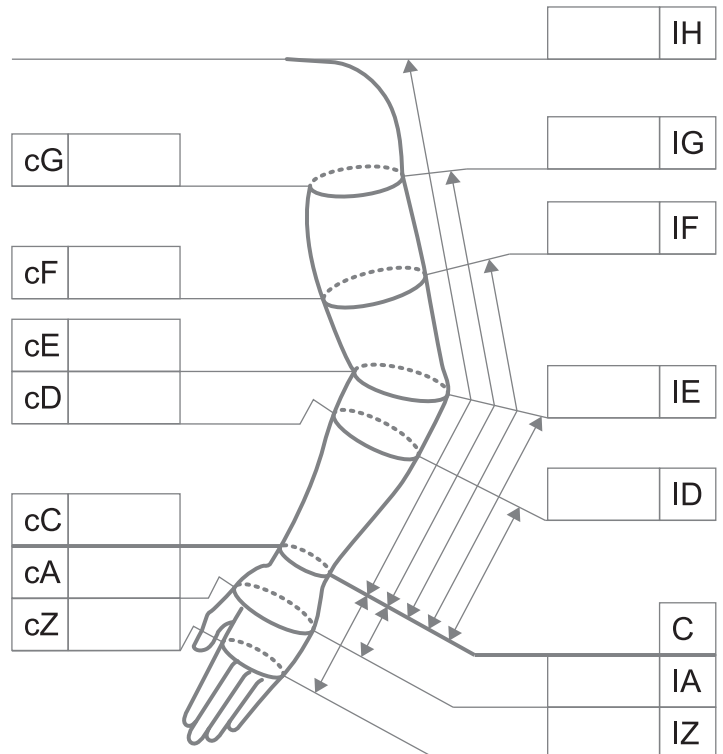
Längenmasse/ length (cm)

Umfangmasse/ circumference (cm)



LINKER ARM / LEFT ARM

Längenmasse/ length (cm)



Messen Sie möglichst am ausgeruhten/abgeschwollenen Arm!

Die Längen werden am gestreckten Arm gemessen

Armstrümpfe nach Mass können nicht zurückgenommen werden.

Bei falschen Angaben haftet der Besteller!

Measure the arm when it is in relaxed position!

The length is measured on the outstretched arm

The manufacturer is not responsible for incorrect measurements.

Custom made arm sleeves cannot be exchanged!