



## VERSCHREIBER

Unternehmen		Vor- & Zuname Techniker-in	
Lieferadresse		Tel.-Nr. Techniker-in	
Rechnungsadresse		E-mail Techniker-in	

 wie Lieferadresse

## PATIENTEN- &amp; AUFRAGSINFORMATIONEN

Bestell-/Referenznr: \_\_\_\_\_ Vor- & Nachname / Code: \_\_\_\_\_  
 Amputiert seit: \_\_\_\_\_ Jahre Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Geburtsjahr: \_\_\_\_\_  
 Amputationslevel:  Knöchel-Ex  TT  Knie-Ex  TF Aktivitätslevel:  M1  M2  M3  M4 Seite:  L  R



## WARUM EIN YOUR™ LINER BENÖTIGT WIRD

## Hinweise zu den Stumpfgegebenheiten

Häufige Hautirritationen  Knöcherer Stumpf  Langer Stumpf  
 Empfindliche Zonen  Kurzer Stumpf  Atypische Form  
 Stumpfschwankungen  Konischer Stumpf  Angeboren  
 Eingeschränkte Kniestreckung  Narben  
 Ausgleich von Hinterschneidungen erforderlich

Weitere Hinweise / Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Allgemeine Angaben

Vorheriger Liner, o.ä.: \_\_\_\_\_

Infos zur Schaftform (Boa, modularer Schaft, distal Cup, Belastungsbereiche, etc.):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## UMFANGSMAßE

(Siehe S. 14)



Führen Sie die Höhenmessungen entlang der anterioren Kurve des Stumpfes durch (nicht gerade).



- 5 Umfangsmaße sind optimal (mind. 3)
- Mindestabstand mindestens 4cm

Abstand vom distalen Ende [cm]	Enges Umfangsmaß [cm]	Lockeres Umfangsmaß [cm]
--------------------------------	-----------------------	--------------------------

Die proximal markierte Linie zeigt die gewünschte Länge des Liners an.

Die Linerlänge sollte mindestens betragen: \_\_\_\_\_ cm



## SUSPENSION

(Siehe S. 29)

 CUSHION

Kniekappen-Anbindung

„Optional“ (kostenpflichtig - siehe AGBs)

Proximale Dichtlippen:  Ja  Nein  
 Wenn Ja ↗

Anordnung der Dichtlippen:

Niedrigste Dichtlippe: \_\_\_\_\_ cm

Höchste Dichtlippe: \_\_\_\_\_ cm

Anzahl ges.: \_\_\_\_\_

 SUCTION

Für alle Suction Liner bitte ausfüllen ↗



Anordnung der Dichtlippen:

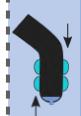
Niedrigste Dichtlippe: \_\_\_\_\_ cm

Höchste Dichtlippe: \_\_\_\_\_ cm

Anzahl ges.: \_\_\_\_\_

 PIN-LOCKPin-lock Gewinde:  M6  M10

„Optional“ (kostenpflichtig - siehe AGBs)

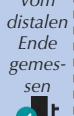
Anti-Rotation-Lippen:  Ja  Nein  
 Wenn Ja ↗

Anordnung der Dichtlippen:

Niedrigste Dichtlippe: \_\_\_\_\_ cm

Höchste Dichtlippe: \_\_\_\_\_ cm

Anzahl ges.: \_\_\_\_\_



# SEITE 2/2

		SHORE-HÄRTE & GEOMETRISCHE BESONDERHEITEN		(Siehe S. 15-25)
		Wir verwenden immer das <b>Your™ Liner-Standarddickenprofil</b> (variiert je nach Härte des Silikons und der Amputationslevel) (Siehe S. 18-25)		
		<b>Zeichnen Sie Zonen auf den Stumpf, um zusätzliche Dämpfungspolster</b> auf das Standarddickenprofil anzuwenden. Schreiben Sie eine Nummer in die Zone (ZONE ID N°), und füllen Sie die Tabelle unten aus, um uns mitzuteilen, welche Dicke Sie wünschen.		
		<b>Das Zeichnen von Zonen ist optional.</b> Wenn Sie die Zeilen unten leer lassen, wenden wir das Your™ Liner-Standarddickenprofil entlang des gesamten Stumpfes an.		
		Die nachfolgenden Angaben, für die einzelnen Zonen, <b>verstehen sich als die total anzuwenden Dicke</b> , und nicht die Dicke, die zusätzlich zum Standarddickenprofil hinzugefügt werden soll. z.B.: Wenn Sie 3mm mehr im distalen Bereich haben möchten als ein Standard-US-Liner, der 14mm beträgt, fragen Sie nach 17 mm, nicht nach 3 mm.		
<b>Gewünschtes Silikon:</b>		<input type="checkbox"/> Relax (Sh A0)	<input type="checkbox"/> Active (Sh A5)	<input type="checkbox"/> Dynamic (Sh A10) (Siehe S. 16)
ZONE ID N°	Gewebetyp	Dicke [mm] <small>⚠️ Gesamtdicke angeben, nicht was zum Standarddickenprofil hinzugefügt wird ⚠️</small>	Bemerkung / Kommentar	
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
<b>Gewünschte Vorflexion:</b> _____° ⚠️ max 15° für pin-lock ; max 35° für cushion / suction ⚠️ Stumpf im gewünschten Beugewinkel scannen				
<b>Ich möchte das 3D-Modell vor dem Drucken bestätigen</b> (+3 Tage Vorlaufzeit) Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
BILDER (Siehe S. 26)		SCANS (Siehe S. 27)		
4 Bilder (Anterior/Posterior/Medial/Lateral)		Beim Scannen eines Gipses: Reduktion, die Sie auf das Positivmodell angewendet haben: _____%		
TEXTIL DESIGN (Siehe S. 30)				
<input type="checkbox"/> <b>YOUR™ LINER</b> Your™ Liner Logo & Stil  Textilfarbe: <input type="checkbox"/> Hellblau <input type="checkbox"/> Hellbraun <input type="checkbox"/> White -oder- <input type="checkbox"/> Andere Farbe: _____		<input type="checkbox"/> <b>LOGO FÜR MEIN UNTERNEHMEN</b> Logo und Stil meiner Firma  <input type="checkbox"/> Üblichen Stil meines Firms verwenden -oder- <input type="checkbox"/> Neuen Stil für meine Firma machen (Logo / Erläuterungen bitte der E-Mail beifügen)		<input type="checkbox"/> <b>ANGEPASST</b> Individuelles Design / Patientenwunsch  <input type="checkbox"/> Individuelles Design (Bild/ Logo bitte der E-Mail beifügen) -oder- <input type="checkbox"/> Your™ Liner design code: _____
SONSTIGE KOMMENTARE				
Schreiben / zeichnen Sie hier eventuelle Schlussbemerkungen: Anweisungen für die 3D-Konstruktion, besondere Wünsche / Besonderheiten, etc.				
	<b>9. SENDEN</b> (Siehe S. 31)	Unterschrift (=Bedigungen bestätigen)	In die E-Mail einfügen ( <a href="mailto:orders@motiontech.ch">orders@motiontech.ch</a> ): 2 Scans + 4 Bilder + ausgefülltes Formular (Sie erhalten im Anschluss eine Eingangsbestätigung per E-Mail)	

Swiss Motion Technologies SA

Chemin du Closel 5, 1020 Renens, Switzerland  
[contact@motiontech.ch](mailto:contact@motiontech.ch)  
 +41 77 525 27 79

© 2021 Swiss Motion Technologies SA. All rights reserved.

