

VERSCHREIBER			
Unternehmen		Vor- & Zuname Techniker-in	
Lieferadresse		Tel.-Nr. Techniker-in	
Rechnungsadresse		E-mail Techniker-in	
			<input type="checkbox"/> wie Lieferadresse

PATIENTEN- & AUFTRAGSINFORMATIONEN			
Bestell-/Referenznr: _____		Vor- & Nachname / Code: _____	
Amputiert seit: _____ Jahre		Gewicht: _____ kg	
		Geburtsjahr: _____	
Amputationslevel: <input type="checkbox"/> Knöchel-Ex <input type="checkbox"/> TT <input type="checkbox"/> Knie-Ex <input type="checkbox"/> TF		Aktivitätslevel: <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> M3 <input type="checkbox"/> M4	
		Seite: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R	

WARUM EIN YOUR TM LINER BENÖTIGT WIRD
<p>Hinweise zu den Stumpfgegebenheiten</p> <p> <input type="checkbox"/> Häufige Hautirritationen <input type="checkbox"/> Knöchelerer Stumpf <input type="checkbox"/> Langer Stumpf <input type="checkbox"/> Empfindliche Zonen <input type="checkbox"/> Kurzer Stumpf <input type="checkbox"/> Atypische Form <input type="checkbox"/> Stumpfschwankungen <input type="checkbox"/> Konischer Stumpf <input type="checkbox"/> Angeboren <input type="checkbox"/> Eingeschränkte Knieflexion <input type="checkbox"/> Narben <input type="checkbox"/> Ausgleich von Hinterschneidungen erforderlich </p> <p>Weitere Hinweise / Bemerkungen: _____</p> <p>_____</p>
<p>Allgemeine Angaben</p> <p>Vorheriger Liner, o.ä.: _____</p> <p>Infos zur Schaftform (Boa, modularer Schaft, distal Cup, Belastungsbereiche, etc.): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

UMFANGSMAßE <small>(Siehe S. 14)</small>		
<p> Führen Sie die Höhenmessungen entlang der anterioren Kurve des Stumpfes durch (nicht gerade).</p> <p>#</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <small>(Siehe S. 29)</small>		
<p> <input type="checkbox"/> CUSHION</p> <p>Kniekappen-Anbindung</p> <p>„Optional“ (kostenpflichtig - siehe AGBs)</p> <p>Proximale Dichtlippen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja </p> <p>Anordnung der Dichtlippen:</p> <p>Niedrigste Dichtlippe: _____ cm</p> <p>Höchste Dichtlippe: _____ cm</p> <p>Anzahl ges.: _____</p> <p>Vom distalen Ende gemessen </p>	<p> <input type="checkbox"/> SUCTION</p> <p>Für alle Suction Liner bitte ausfüllen </p> <p>Anordnung der Dichtlippen:</p> <p>Niedrigste Dichtlippe: _____ cm</p> <p>Höchste Dichtlippe: _____ cm</p> <p>Anzahl ges.: _____</p> <p>Vom distalen Ende gemessen </p>	<p> <input type="checkbox"/> PIN-LOCK</p> <p>Pin-lock Gewinde: <input type="checkbox"/> M6 <input type="checkbox"/> M10</p> <p>„Optional“ (kostenpflichtig - siehe AGBs)</p> <p>Anti-Rotation-Lippen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn Ja </p> <p>Anordnung der Dichtlippen:</p> <p>Niedrigste Dichtlippe: _____ cm</p> <p>Höchste Dichtlippe: _____ cm</p> <p>Anzahl ges.: _____</p> <p>Vom distalen Ende gemessen </p>

SHORE-HÄRTE & GEOMETRISCHE BESONDERHEITEN		(Siehe S. 15-25)	
 	<p>Wir verwenden immer das Your™ Liner-Standarddickenprofil (variiert je nach Härte des Silikons und der Amputationslevel) (Siehe S. 18-25)</p> <p>Zeichnen Sie Zonen auf den Stumpf, um zusätzliche Dämpfungspolster 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.</p> <p>Das Zeichnen von Zonen ist optional. Wenn Sie die Zeilen unten leer lassen, wenden wir das Your™ Liner-Standarddickenprofil entlang des gesamten Stumpfes an.</p> <p>Die nachfolgenden Angaben, für die einzelnen Zonen, verstehen sich als die total anzuwenden Dicke, 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.</p>		
Gewünschtes Silikon: <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>⚠ Gesamtstärke angeben, nicht was zum Standarddickenprofil hinzugefügt wird ⚠</small>	Bemerkung / Kommentar
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
Gewünschte Vorflexion: _____ ° ⚠ max 15° für pin-lock ; max 35° für cushion / suction ⚠ Stumpf im gewünschten Beugewinkel scannen			
Ich möchte das 3D-Modell vor dem Drucken bestätigen (+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"/> YOUR™ LINER 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"/> LOGO FÜR MEIN UNTERNEHMEN Logo und Stil meiner Firma <input type="checkbox"/> Üblichen Stil meines Firmas verwenden -oder- <input type="checkbox"/> Neuen Stil für meine Firma machen (Logo / Erläuterungen bitte der E-Mail beifügen)	<input type="checkbox"/> ANGEPASST 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.			
	9. SENDEN (Siehe S. 31)	Unterschrift (=Bedingungen bestätigen) <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>	In die E-Mail einfügen (orders@motiontech.ch): 2 Scans + 4 Bilder + ausgefülltes Formular (Sie erhalten im Anschluss eine Eingangsbestätigung per E-Mail)