

**Patient:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

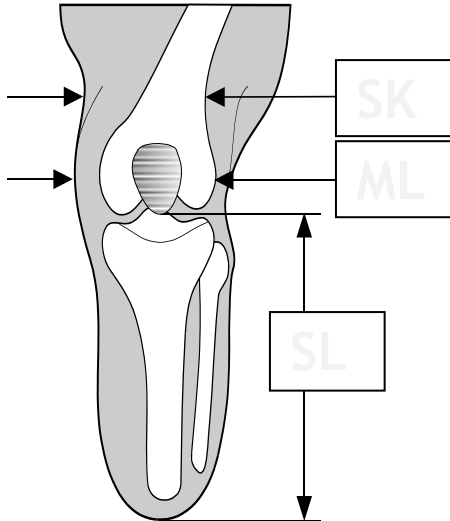
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Maß-Abformtechnik durch:**

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Amputation:  links /  rechts \_\_\_\_\_

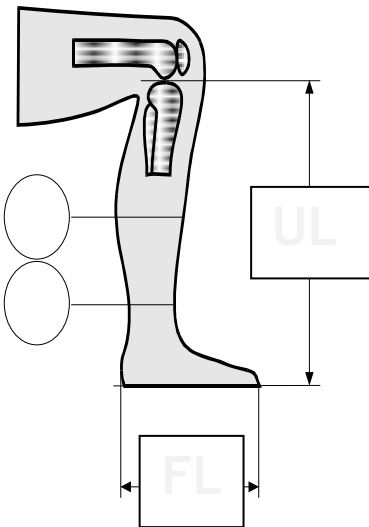
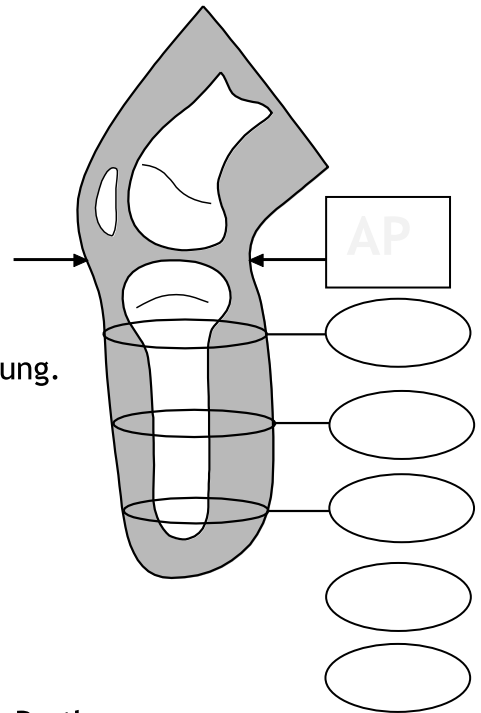


**Abstand der Umfangsmaße:**

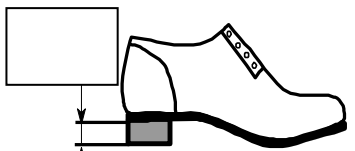
cm

**Maße**

- oberhalb
- unterhalb der Markierung.



**Effektive Absatzhöhe:**



Maße  mit /  ohne Schuh.

**Prothese:**

- Mit Oberhülse
- Mit suprakondylärer Fassung
- Mit Liner:
- Gel  Silikon  Cushion  Pin

Liner Größe:

Bemerkungen: \_\_\_\_\_