

Datum: _____

Patiënt

De heer Mevrouw

Naam: _____

Voorletters: _____

Geboortedatum: _____

Straat: _____ huis nr.: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

Contactpersoon leverancier / aanmeetpunt

De heer Mevrouw

Naam: _____

Telefoon nr.: _____

Bedrijf: _____

Straat: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

E-mail: _____

Kleur en aantal / colour and quantity

beige aantal / beige quantity:

zwart aantal / black quantity:

linker cup / left cup

A B C D E F

Prothese hoesje / Epithese pocket

Cup met Silontex / Cup with Silontex

Hoesje met aan de achterzijde Silontex / Epithese pocket with Silontex

Gegevens prothese

rechter cup / right cup

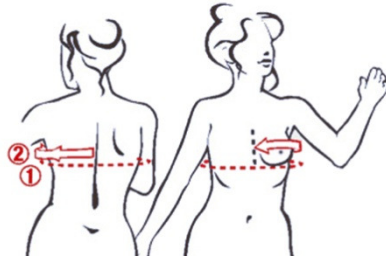
A B C D E F

Prothese hoesje / Epithese pocket

Cup met Silontex / Cup with Silontex

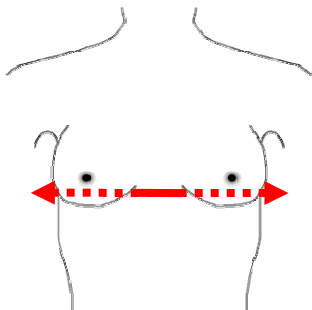
Hoesje met aan de achterzijde Silontex / Epithese pocket with Silontex

Gegevens prothese



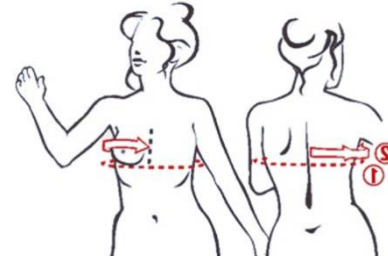
Omvangmaat linker borst cm*

* De maat wordt gemeten vanaf de wervelkolom onder de arm door tot het borstbeen.



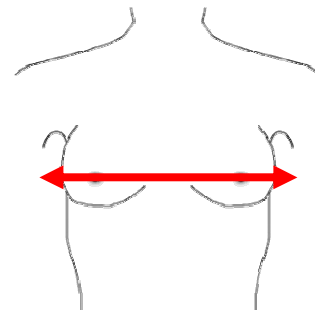
Omvangmaat onderborst cm*

* De maat wordt circular gemeten op de huid, **zonder de BH aan**, direct onder de borst(en).



Omvangmaat rechter borst cm*

* De maat wordt gemeten vanaf de wervelkolom onder de arm door tot het borstbeen.



Omvangmaat ter hoogte van de tepel cm*

* De maat wordt gemeten, **met de BH aan**, over de tepel.

Graag volledig ingevuld inclusief ondertekend receptformulier faxen naar 033 - 247 44 43 of mailen naar thoraxbandage@thuasne.nl