

## Bestellformular für die Miete einer motorisierten Bewegungsschiene

Name, Adresse und Tel.-Nr. des Patienten:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



**Knie**  
 rechts  links



**Sprunggelenk**  
 rechts  links



**Schulter**  
 rechts  links



**Ellenbogen**  
 rechts  links

besondere Hinweise: .....

Lieferung:  ab sofort  ab dem .....

Lieferadresse:  privat  sonstige .....

Verordnet von: .....

Auftrag erteilt durch: .....

**Bitte faxen an: 071 761 01 03**

WINTER Medizintechnik AG, 9100 Herisau

**Herzlichen Dank!**