



THUASNE

LYMPHATREX Expert



PUNTERA - PUNTO PLANO

PEDIDO *(por defecto)* **PRESUPUESTO** **RENOVACIÓN**

Código de cliente

Nº de caso para renovación

1er tratamiento

Apellido del/la paciente:

Nombre del/la paciente:

Sexo: M F Infantil

Altura del/la paciente:

Autorizo a mi profesional de la salud a recoger mis datos y a comunicarlos a la empresa Thuasne en el marco del tratamiento de mi dispositivo médico a medida de conformidad con la Ley nº 78-17 de 6 de enero de 1978, y el Reglamento Europeo nº 2016/679/UE de 27 de abril de 2016, tengo derechos que incluyen en particular los derechos de acceso, rectificación, portabilidad y supresión de mis datos. Puedo ejercer estos derechos poniéndome en contacto con el profesional sanitario al que pedí el producto sanitario.

FIRMA DEL/LA PACIENTE

IDENTIFICACIÓN DEL MINORISTA

Si es posible, adjunte fotos de la extremidad que se va a colocar.

Dibuje los contornos de la prenda en el diagrama y tache las medidas innecesarias. Solo con la puntera abierta.

Modelos

- Puntera
- Sujeto a debajo de la rodilla/hasta el muslo/medias/medias ajustadas (por favor complete el formulario de medidas de las medias)

IZQ. DER.

Colores

- Beige
- Beige bronceado
- Negro

Comentarios

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

Compresión

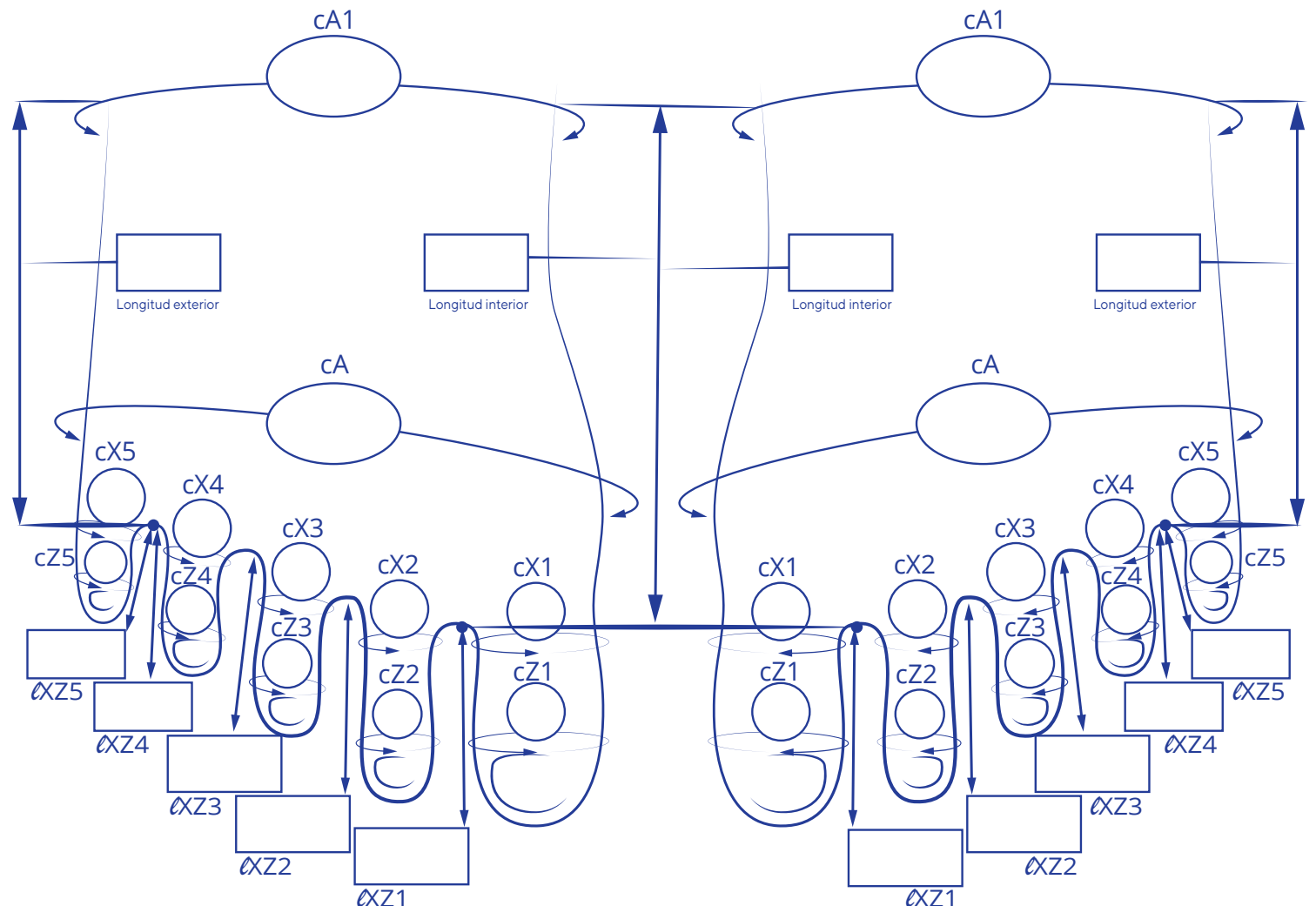
- Clase 3 (20 - 36 mmHg)
- Clase 4 (> 36 mmHg)

IZQ. DER.

DERECHA

VISTA FRONTAL

IZQUIERDA



Indique la longitud deseada de los dedos del pie (no la longitud total)



Indique la longitud deseada de los dedos del pie (no la longitud total)