

Pharmatextil Kft  
 1116 Budapest, Fonyód u. 2.

Tel / Fax: +36-1-208-0195

**MÉRETLAP**  
**A MÉRETRE KÉSZÍTETT KOMPRESSZIÓS KARHARISNYA**  
**MEGRENDELÉSÉHEZ**

A harisnyát igénylő neve: .....

Címe: ..... Tel: .....

A megrendelő patika neve: .....

Címe: ..... Tel: .....

 A termék neve:  Elastomed /  Elastomed S /  Elastobar /  Elastobar S

 A termék jele:  CH0 karharisnya /  CH karharisnya vállátvezetéssel /  
 AH0 kombinált karharisnya /  AH kombinált karharisnya vállátvezetéssel

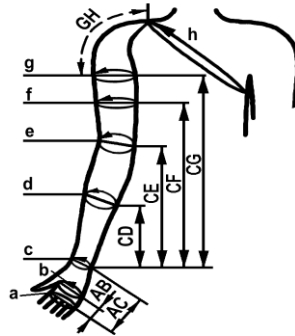
Kompresszióosztály: bal: ..... jobb: .....

 Egyrészesen a kesztyűvel:  igen /  nem

Rendelt mennyiség: ..... darab

**Kerületmérétek**  
**cm-ben**

h	
g	
f	
e	
d	
c	
b	
a	


**Hosszmérétek**  
**cm-ben**

GH	
CG	
CF	
CE	
CD	
AC	
AB	

Hüvelykujj kerülete: ..... cm Csak a szükséges adatokat kell megadni!

.....

dátum

.....

méretfelvevő

A méretlapot az erre kijelölt gyógyszertárakban vagy gyógyászati segédeszközöket árusító boltokban kell leadni.