

# Umfangdokumentation

Name \_\_\_\_\_

Geb. Dat. \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

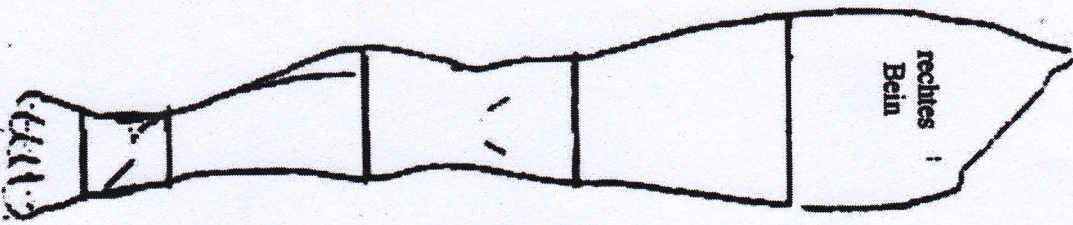
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

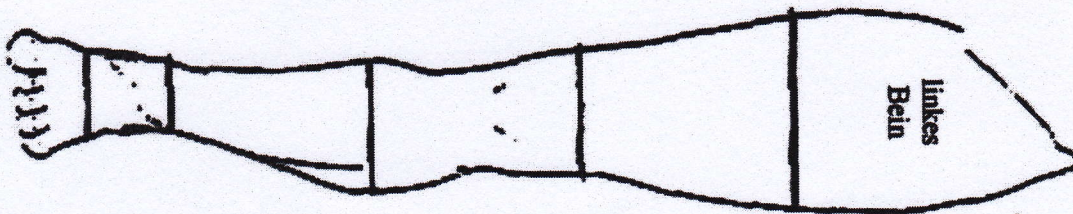
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

rechtes Bein



linkes Bein



Verordnender Arzt \_\_\_\_\_

Tel./Fax \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_