

| | | | | |
|----------------|-------------------|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Patient | Nachname | | | |
| | Vorname | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | |
| | Datum Gipsabdruck | Größe Fußplatte | <input type="checkbox"/> schmal | <input type="checkbox"/> weit |
| | Geburtsdatum | <input type="checkbox"/> beidseitig | <input type="checkbox"/> nur links | <input type="checkbox"/> nur rechts |

| | | | | |
|--------------|-----------------|--|---------|--|
| Firma | Ansprechpartner | | Titel | |
| | Firma | | | |
| | Anschrift | | | |
| | Ort | | PLZ | |
| | E-Mail | | Telefon | |
| | | | | |

Versandanschrift wie unter „Firma“ – oder –

| | | |
|----------------|-----------------|-----|
| Versand | Ansprechpartner | |
| | Anschrift | |
| | Ort | PLZ |

Korrektur des Gipsabdruckes • Funktionsstellung

Stellung im Sprunggelenk (Dorsalflexion–Plantarflexion)

Korrektur auf 3–4° Dorsalflexion Korrektur auf _____ ° Keine Korrektur
Stellung des Gipsabdrucks ist gut

Korrektur Rückfuß

Korrektur in Neutralstellung (wenn Fehlstellung vorhanden) Keine Korrektur

Vorfußstellung

WICHTIG: Die Zeichnungen bilden die Stellung der fertigen Orthese ab.

Wählen Sie die Stellung des Vorfußes. Wenn Sie eine Erhöhung benötigen, notieren Sie diese entsprechend in cm.

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | | |
| rechts | rechts | rechts | links | links | links |
| Valgus | Varus | Neutral | Neutral | Varus | Valgus |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ausführung der Sohle

Keine – **STANDARD**

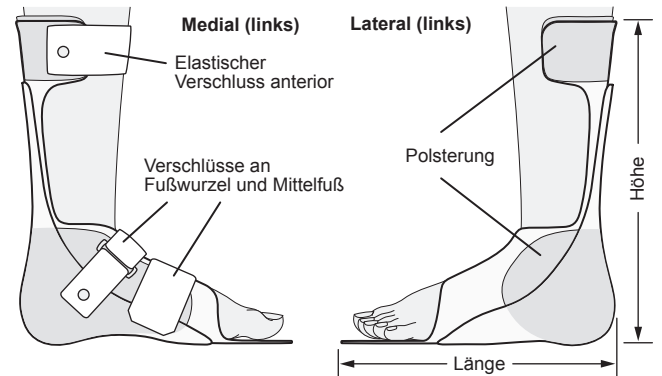
Ferse Mittelfuß Ferse und Mittelfuß

Langsohlige Schaumsohle

Langsohlige Schaum- und Anti-Rutsch-Sohle

WICHTIG: Fußstellung in Varus oder Valgus Stellung erhalten einen Schaumkeil um die Stellung zu halten.

Ausführung und Zusätze



WICHTIG: Wenn Sie keine weiteren Optionen angeben, liefern wir die Standardausführung

Höhe der Orthese an der Wade
 Der Gipsabdruck muss höher als die gewünschte Orthesenlänge sein

2/3 bis 3/4 der Unterschenkellänge – **STANDARD**

Exakte Länge _____

Polsterung

die grauen Flächen sind standardmäßig gepolstert – **STANDARD**

Zusätzliches Polster am Os naviculare (nur bei knöchernen Füßen in Pronation)

Farbe der Polster

Weiß – **STANDARD** Farbe _____

Verschlüsse

STANDARD (siehe Skizze)

Zusätzlicher Zügel zur Abduktion des 1. Strahls

Verschlussfarbe

Weiß – **STANDARD** Farbe _____

Verschlussdekor

kein Dekor – **STANDARD** Farbe _____

Transfer-Muster (gegen Aufpreis)

kein Dekor – **STANDARD** Farbe _____

Vorfußanlage

Flexibel – keine Anlage

STANDARD

Anlage

Medialer Schaum (flexibel) Medialer Kunststoff

und/oder

Lateraler Schaum (flexibel) Lateraler Kunststoff

Besondere Hinweise



BORT GmbH
Am Schweizerbach 1
D-71384 Weinstadt

Tel: +49 (0)7151 99200-0
Fax: +49 (0)7151 99200-50
E-Mail: pm@bort.com
www.bort.com

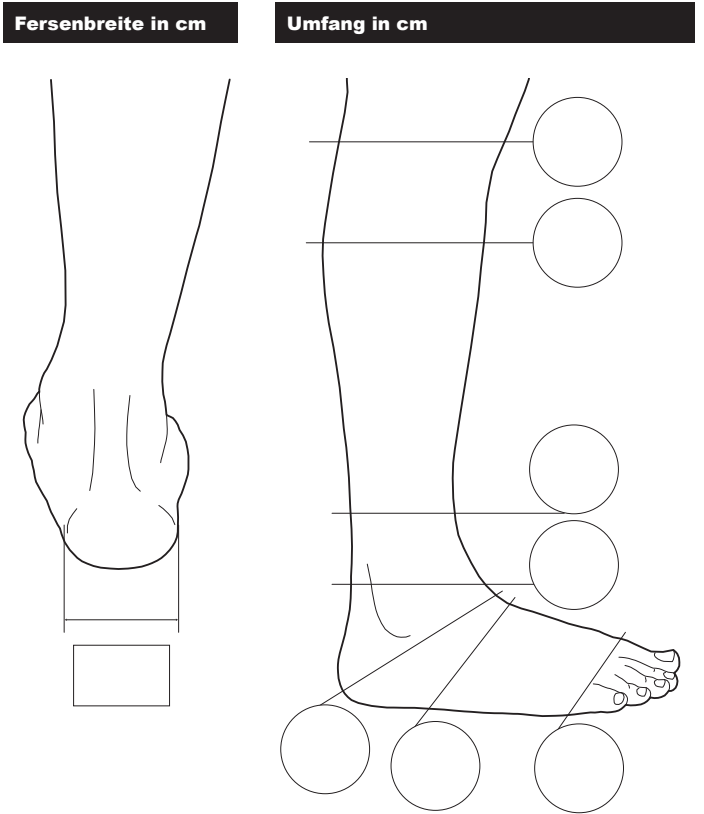
CASCADE
The **dafo** People®

www.cascadedafa.com

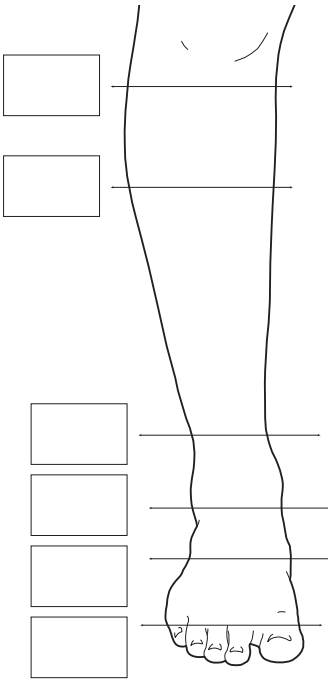
DAFO TwoStep

Einschränkung der Plantarflexion, Dorsalflexion frei

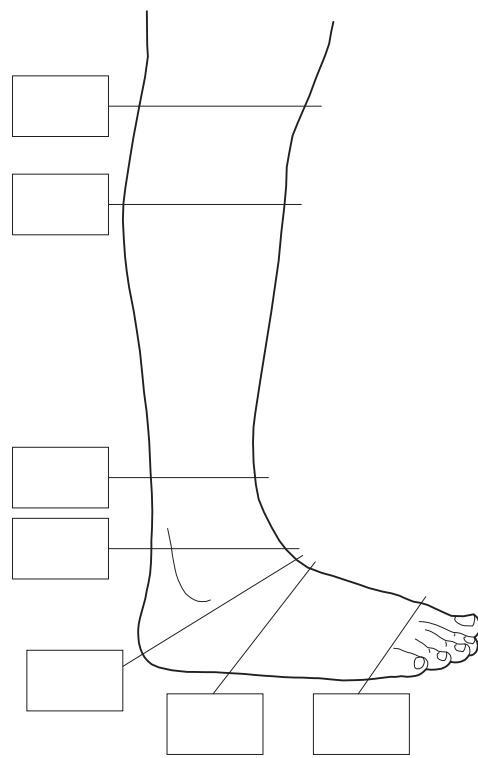
| | | | | | |
|-------------------------|----------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| Patient | Nachname | | | | |
| | Vorname | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich | | |
| | Geburtsdatum | | | | |
| Zustandserhebung | Körpergewicht in kg | | | | |
| | Körpergröße in cm | | | | |
| | Aktivitätsgrad | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Niedrig | <input type="checkbox"/> Mittel-niedrig | <input type="checkbox"/> Mittel | <input type="checkbox"/> Mittel-hoch | <input type="checkbox"/> Hoch |
| | Seite | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | | |
| Firma | Ansprechpartner | Titel | | | |
| | Firma | | | | |
| | Anschrift | | | | |
| | Ort | PLZ | | | |
| | E-Mail | Telefon | | | |
| | | | | | |



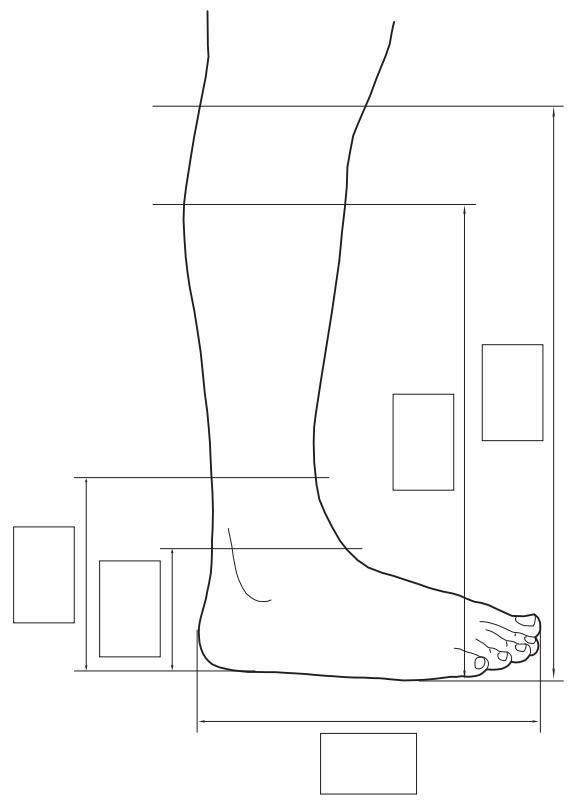
Weite ML Maß in cm



Weite AP Maß in cm



Höhe Maß in cm



M8042/D-09/14