

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	

Versand	<input type="checkbox"/> Versandanschrift wie unter „Firma“		– oder –	
	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"/>					

Ausführung der Sohle

Keine – **STANDARD**

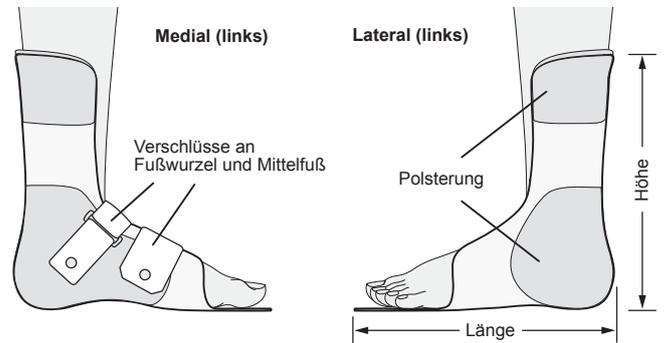
Ferse Mittelfuß Ferse und Mittelfuß

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

Höhe = Fußlänge – **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

Zusätzlicher Verschluss anterior

Elastisch – oder – Unelastisch

Verschlussfarbe

Weiß – **STANDARD** Farbe _____

Verschlussdekor

kein Dekor – **STANDARD** Farbe _____

Transfer-Muster (gegen Aufpreis)

kein Dekor – **STANDARD** Farbe _____

Vorfußanlage

Flexibel – keine Anlage

STANDARD

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

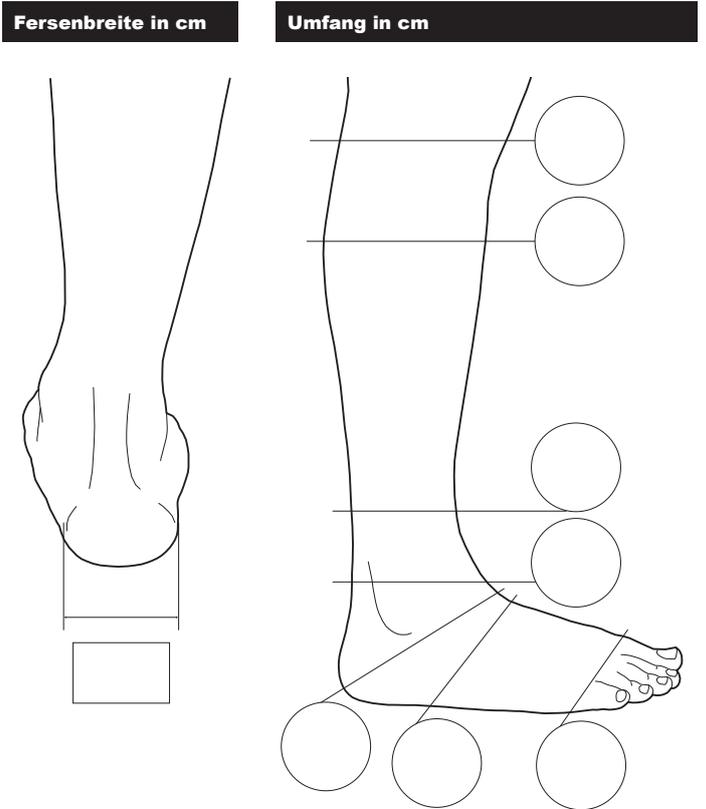
CASCADE
The **dafo** People®

www.cascadedafafo.com

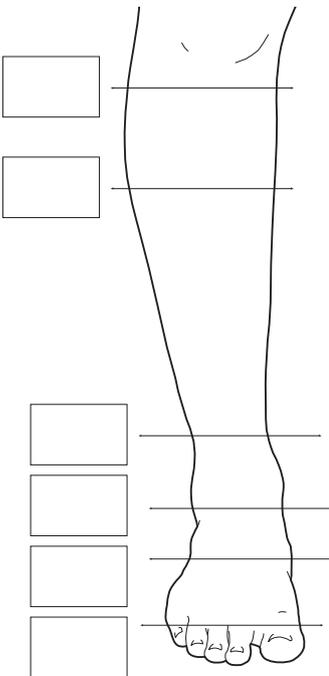
DAFO® 3

Plantarflexion gesperrt, Dorsalflexion frei

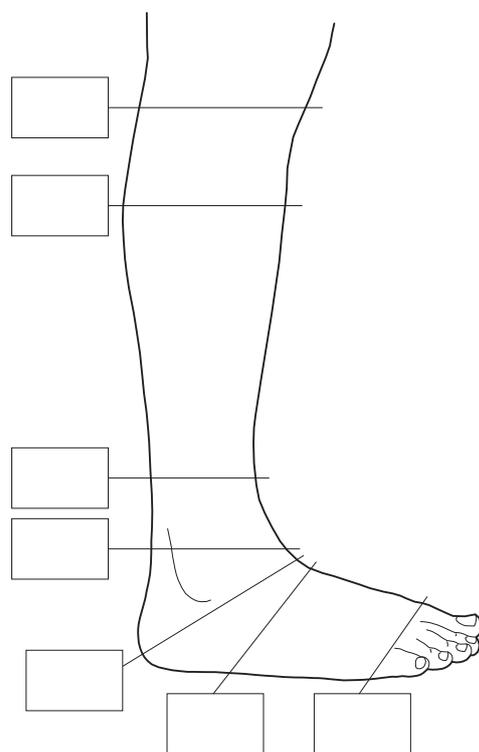
Patient	Nachname		
	Vorname	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
	Geburtsdatum		
Zustandserhebung	Körpergewicht in kg		
	Körpergröße in cm		
	Aktivitätsgrad	<input type="checkbox"/> Niedrig <input type="checkbox"/> Mittel-niedrig <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> 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	



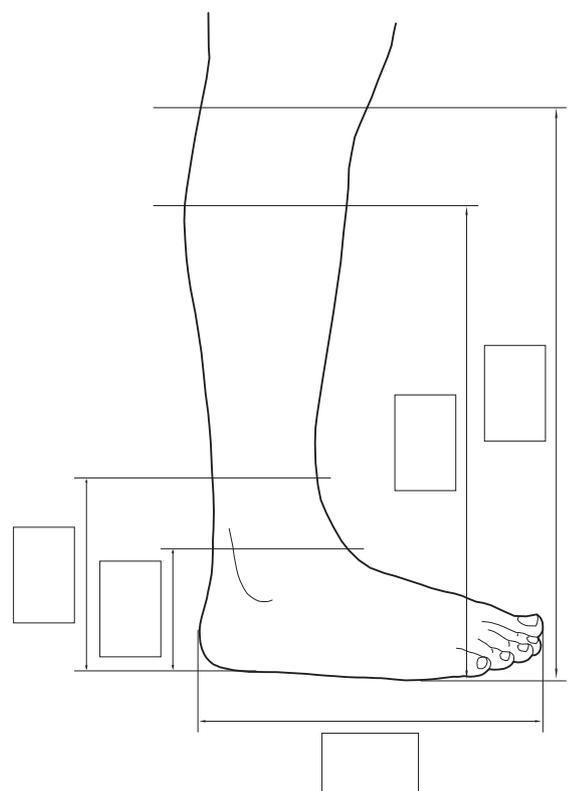
Weite ML Maß in cm



Weite AP Maß in cm



Höhe Maß in cm



MB028 / D - 09/14