



Dieses ist KEIN Bestellformular. Verwenden Sie es nur als Checkliste während des Patientengesprächs.
Melden Sie die Daten auf unserer Liner-Bestellplattform: <http://motiontech.ch/yourlinerorderingplatform>

PATIENTEN-IN INFORMATION

Patient-in ID: _____ Seite: L R

Amputiert seit: _____ Gewicht: _____ kg Geburtsjahr: _____

UMFANGSMAßE

Höhe vom distalen Ende [cm]	Enges Umfangsmaß [cm]	Lockerer Umfangsmaß [cm]
Messungen vorgenommen	<input type="checkbox"/> Gebogene	<input type="checkbox"/> Gerade
Minimale Linerlänge	_____ cm	

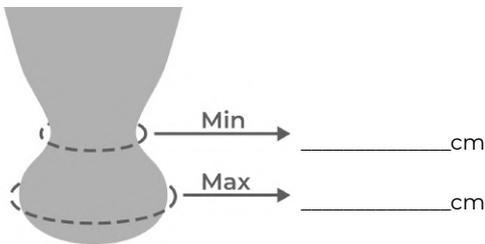
ZONEN FÜR DIE KONTROLLE DER DICKE (UND HÄRTE)

ZONE N°	Gewebe -typ	Optional: nur für DualShore	Dicken Kontrolle <small>Entweder "Polster hinzufügen", oder "Hinterschneidung auffüllen"</small>	Anmerkungen
		Silikontyp		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

OPTIONAL

BIRNENFÖRMIGE STÜMPFE

Messen Sie den größten distalen Umfang und den schmalsten Umfang direkt darüber (z. B. Ferse und Knöchel; Femurkondylen und Suprakondylär).



CHECKLISTE

Vergewissern Sie sich, bevor Sie Ihre-n Patient-in entlassen, dass Sie:

- Messungen vorgenommen haben
- die Position der Maße auf dem Stumpf angezeichnet haben
- sich für einen Silikontyp entschieden haben: _____
- Zonen für die Dickenkontrolle auf dem Stumpf eingezeichnet
- sich für ein Anschlusssystem entschieden haben: _____
- sich für einen ästhetischen Stil entschieden haben: _____
- Videos vom Stumpf** (Abtasten/Zeigen der Weichteile)
- einen guten Scan des Stumpfes gemacht haben

MESSUNGEN - KNIE-EX. / OS

Höhe des Trochanters	Höhe des Ischiums
_____ cm	_____ cm
Messungen vorgenommen	<input type="checkbox"/> Gebogene. <input type="checkbox"/> Gerade

EXTRA ANMERKUNGEN



Dieses ist KEIN Bestellformular. Verwenden Sie es nur als Checkliste während des Patientengesprächs. Melden Sie die Daten auf unserer Sleeve-Bestellplattform: <http://motiontech.ch/yoursleeveorderingplatform>

PATIENTEN-IN INFORMATION

Patient-in ID: _____ Seite: L R

Amputiert seit: _____

Gewicht: _____ kg

Geburtsjahr: _____

LÄNGE UND WINKEL DER KNIEKAPPE

Mittlere Patella bis zum proximalen Ende



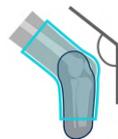
_____ cm

Mittlere Patella bis zum distalen Ende



_____ cm

Gewünschter Kniebeugewinkel



_____ °

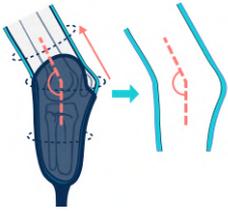
OPTIONAL: NUR FÜR KNIEKAPPE AUS SCAN

ZONEN FÜR DICKENKONTROLLE - KNIEKAPPE AUS SCAN

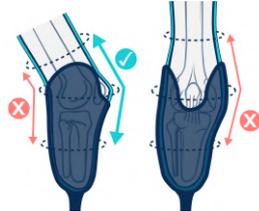
ZONE N°	Gewebe-typ	Dicken Kontrolle <small>Entweder "Polster hinzufügen", oder "Hinterschneidung auffüllen"</small>	Anmerkungen
1			
2			
3			
4			
5			

Messanweisungen

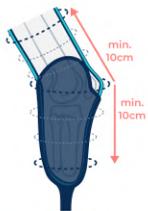
Messen Sie die Höhen mit gebeugtem Knie in dem Winkel, den sie für den Sleeve wünschen



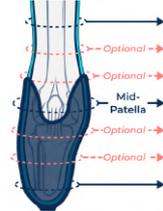
Messen Sie die Höhen auf der anterior Fläche



Die Kniekappe muss in beiden Richtungen min. 10cm von der Mitte der Patella entfernt sein



Mind. 3 Umfangsmessungen vornehmen. Bis zu 7 sind zulässig.



ZUSÄTZLICHE CHECKLISTE - KNIEKAPPE AUS SCAN

Vergewissern Sie sich, bevor Sie Ihre-n Patient-in entlassen, dass Sie:

- die Position der Maße auf dem Stumpf angezeichnet haben
- Zonen für die Dickenkontrolle auf dem Stumpf eingezeichnet
- Videos vom Stumpf** (Abtasten/Zeigen der Weichteile)
- einen guten Scan des Stumpfes gemacht haben

CHECKLISTE

Vergewissern Sie sich, bevor Sie Ihre-n Patient-in entlassen, dass Sie:

- Messungen vorgenommen haben
- sich für einen Silikontyp entschieden haben: _____
- sich für einen ästhetischen Stil entschieden haben: _____

UMFANGSMABE



Höhe ab Mitte der Patella [cm]	Enges Umfangmaß [cm]	Lockerer Umfangmaß [cm]
MP	0	

EXTRA ANMERKUNGEN