

Медицинский заказ на пошив ортопедической обуви №_____

Дата " __ " _____ 202_год

ФИО _____ Возраст _____

Адрес _____

Телефон _____ Мобил. _____

Арт:

Вид обуви сандалии п/ботинки ботинки

Сезон лето зима д/сезон

Материал верха _____

Цвет _____ Подклад _____

Правая стопа

Длина _____ Ширина _____

Объемы:

Пучки _____ Лодыжка _____

Косой взъем _____



Левая стопа

Длина _____ Ширина _____

Объемы:

Пучки _____ Лодыжка _____

Косой взъем _____

Компенсация укорочения : Подошва _____

Стелька _____

Обувь

Твердый задник _____

Каблук Томаса _____

Берец _____

Стабилизация: сзади _____ до пучков _____

снаружи _____ изнутри _____ круговая _____

Подносок: твердый _____ мягкий _____

Эластичные вставки верха _____

Хирургическая раскрываемость _____

Подошва: ТЭП _____ ЭВА _____

Шнуровка _____ Велкро _____ Молния _____

Стелька

Каркасная _____ Бескаркасная _____

Материал: _____

Выкладка сводов: _____

продольный _____ поперечный _____

Пятка: _____

пронация _____ супинация _____

Пучки: _____

пронация _____ супинация _____

Примечания

Специалист _____

Данные в медзаказе верны, параметры подтверждаю.

Пациент _____ / _____ / _____

(Подпись)

(Фамилия И.О.)

Дата " __ " _____ 202_год