

1B1-2 Meridium - Demande d'essai

A faxer à votre service commercial Ottobock au 01.69.07.18.02

Adresse de livraison		Cachet de la société
N° de client	<input type="text"/>	
Société	<input type="text"/>	
Adresse	<input type="text"/>	
Code postal/Ville	<input type="text"/>	
Orthoprothésiste	<input type="text"/>	

Information patient

Sexe homme femme

Poids kg

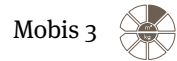
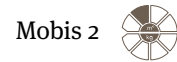
Taille cm

Taille du pied cm

Côté d'amputation gauche droit bilatéral

Couleur de l'enveloppe translucide beige marron

Mobis



Niveau d'amputation

- Désarticulation du genou
- Transfémoral
- Transtibial

Appareillage

1^e mise

Renouvellement

Appareillage précédent :
(Fabricant/Modèle)

Date et durée d'essai

Date d'essai souhaitée :
(Cette date sera confirmée selon nos disponibilités)

Durée du prêt souhaitée :

Lieu d'essai souhaité

Otto Bock Les Ulis

Autre

Lieu :



Date Lieu Signature