

**Patientenname:**.....  
**Techniker:**.....  
**Datum:**.....  
**Auftragsnummer:**.....

**Diagnose:**.....  
**Größe:**.....  
**Gewicht:**.....

**Firma:**.....  
**Adresse:**.....  
 .....  
**Tel:** .....  
**Fax:** .....  
**e-mail:** .....

**Name:**.....  
**Datum:**.....  
 ..

**Unterschrift:**.....  
 ....

**Bitte markieren Sie Ihre Bestellung**

<b>SAFO WALK</b>	<b>B4</b>	<b>B5</b>	<b>B7</b>				
<b>SAFO ONE</b>	<b>B1</b>	<b>B2</b>	<b>B3</b>	<b>B4</b>	<b>B5</b>	<b>B6</b>	<b>B7</b>
<b>Höhe der Orthese</b>	<b>24</b>	<b>22</b>	<b>Andere</b>				
<b>Linke SAFO</b>	<b>Rechte SAFO</b>		<b>BI-LATERAL</b>				

**Sonderanfertigung / Notizen**

**Wird vom Hersteller ausgefüllt !**

<b>DOC NO:</b>	<b>COUNTRY:</b>
<b>WEEK NO:</b>	<b>CAST:</b>
<b>APPOINTMENT:</b>	<b>DELIVERY DATE:</b>
<b>COURIER/POSTAL INSTRUCTIONS:</b>	
<b>POSTAL: YES / NO</b>	
<b>POSTAL CHARGE: YES / NO</b>	

**MANUFACTURING NOTES/DIAGRAMS**

**ORTHOTIC DELIVERY**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

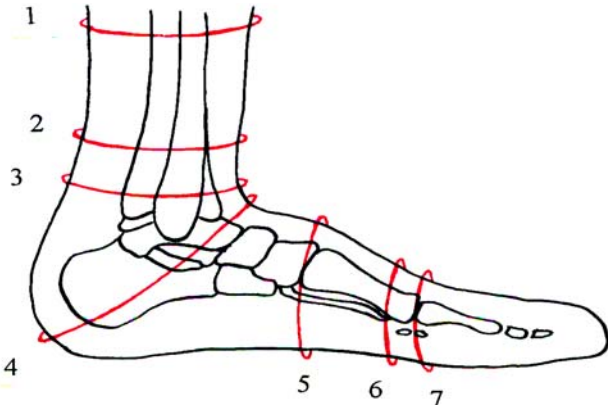
Bitte verpacken Sie das Gipsnegativ sorgfältig, um es vor Transportschäden zu bewahren.

Der Gipsabdruck sollte im Sitzen in 5 ° Dorsalflexion auf einer flachen Unterlage durchgeführt werden.

Die minimale Höhe des Gipsnegatives sollte **28 cm** sein. Am Fuß sollte das Gipsnegativ 2 cm über die distalen Metatarsalköpfchen reichen.

Alle knöchernen Strukturen und Zehengrundgelenke müssen mit einem Kopierstift markiert werden.

### SAFO Umfangsmaße:



- 1 oberstes Umfangsmaß
- 2 Oberhalb des Sprunggelenks (ca.16cm oberhalb der Ferse)
- 3 Knöchelgabel
- 4 Ferse
- 5 Mittelfuß
- 6 hinter Metatarsalköpfchen
- 7 Metatarsalköpfchen

**Bitte beachten:**  
Die roten Felder werden vom Hersteller ausgefüllt.



Die Standardhöhe für die SAFO beträgt 24cm für Männer und 22cm für Frauen, Bitte markieren sie die Höhe des Umfangsmaßes 1 auf dem Gipsnegativ.

	1	2	3	4	5	6	7
Umfangmaße links (cm)							
Umfangmaße rechts (cm)							

### Wird vom Hersteller ausgefüllt !

#### CAST RECTIFICATION NOTES:

NAME:

DATE:

#### ORTHOTIC INSPECTION

Technician	Inspector
Name:	Name:
Date:	Date:

#### ORTHOTIC INSPECTION

Technician	Inspector
Name:	Name:
Date:	Date: