

**FORMULARZ ZAMÓWIENIA**  
na rękaw uciskowy na wymiar

**Aries Polska Sp. z o.o.**

ul. Szczawieńska 2,  
58-310 Szczawno Zdrój

T: +420 800 111 595

F: +420 800 113 595

E: pacholikova@aries.eu

W: www.aries.eu

*Avicenum*

Wewnętrzne oznaczenie (dla Aries)

Ostateczne zamówienie

Zapytanie o wycenę

Klient: _____	Imię i nazwisko pacjent: _____
Adres: _____	Telefon do pacjenta: _____
NIP: _____ REGON: _____	Pesel: _____
Telefon: _____	Wiek: _____ / _____ / _____
E-mail: _____	Stopień kompresji: _____ I. _____ II. _____

**PŘI MĚŘENÍ  
MĚJTE PAŽI  
MÍRNĚ POKRČENOU**

**WYMIAROWANIE RĘKAWA**

Obwód		Długość	
h	cm	g - h	cm
g	cm	c - g	cm
f	cm	c - e	cm
e	cm	c - d	cm
d	cm	c - c1	cm
c1	cm	a - c	cm
c	cm	a - b	cm
b	cm		
a	cm		

Długość rękawa bez rękawiczki **C - G**  
Długość rękawiczki **A - C1**

<b>Rodzaj</b>	<b>Wykończenie</b>
z rękawiczką	z uchwytem naramiennym
bez rękawiczki	z lamówką

**Kolor cielisty/beżowy**

**UWAGA:**  
Podczas dokonywania pomiaru prosimy zwrócić szczególną uwagę na dokładność pomiaru. Od tego uzależnione jest prawidłowe funkcjonowanie rękawa uciskowego. Pomiaru należy dokonywać zgodnie z zaleceniami na rysunku.

Pomiaru należy dokonać rano. W ciągu dnia kończyny puchną. W przypadku błędnego pomiaru towar nie podlega wymianie.

Data:

Podpis i pieczęć lekarza:

Podpis pacjenta: