

Order to MEDIS via fax: 021 982 8311 or email: orders@medismedical.com

Stamp

Date:.....Patient's Name:.....

Customer:.....Signature:.....

RIGHT CIRCUMFERENCE				LEFT CIRCUMFERENCE				LENGTHS					
No Tension		With Tension		No Tension		With Tension				Right	Left		
<input type="text"/>	cT	<input type="text"/>		<input type="text"/>	cT	<input type="text"/>		<input type="text"/>	∠K2T	<input type="text"/>	∠T	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	cH	<input type="text"/>		<input type="text"/>	cH	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	∠K1T	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	cK*	<input type="text"/>		<input type="text"/>	cK*	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	∠H	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	cG	<input type="text"/>		<input type="text"/>	cG	<input type="text"/>		<input type="text"/>	K1	<input type="text"/>	∠K*	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	cF	<input type="text"/>		<input type="text"/>	cF	<input type="text"/>		<input type="text"/>	K2	<input type="text"/>	∠G	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	cE	<input type="text"/>		<input type="text"/>	cE	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	∠F	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	cD	<input type="text"/>		<input type="text"/>	cD	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	∠E	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	cC	<input type="text"/>		<input type="text"/>	cC	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	∠D	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	cB1	<input type="text"/>		<input type="text"/>	cB1	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	∠C	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	cB	<input type="text"/>		<input type="text"/>	cB	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	∠B1	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	cY	<input type="text"/>		<input type="text"/>	cY	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	∠B	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	cA	<input type="text"/>		<input type="text"/>	cA	<input type="text"/>		<input type="text"/>	∠A Internal	<input type="text"/>	∠A	<input type="text"/>	∠A External

(*) ONLY FOR THIGHS AND SINGLE LEG

TYPE	COMPRESSION	COLOUR																				
<input type="checkbox"/> Knee high (AD) open toe <input type="checkbox"/> Thigh length (AG) open toe <input type="checkbox"/> Pantyhose (AT) open toe <input type="checkbox"/> Single leg (AGTL/AGTR) open toe <input type="checkbox"/> Half pantyhose (AT) open toe <input type="checkbox"/> Panty <input type="checkbox"/> (BT, CT, DT, ET, FT)	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ccl</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Panty</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Left leg</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Right leg</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ccl	1	2	3	4	Panty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Left leg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Right leg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beige QUANTITY <input type="checkbox"/> Pair <input type="checkbox"/> Units
Ccl	1	2	3	4																		
Panty	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Left leg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		
Right leg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																		

OPTIONS						
FOOT	HEEL	KNEE	THIGH	SILICONE BAND	WAIST	PANTY
<input type="checkbox"/> Oblique <input type="checkbox"/> Straight <input type="checkbox"/> Open toe <input type="checkbox"/> Closed toe	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Shaped	<input type="checkbox"/> Flex <input type="checkbox"/> Comfort <input type="checkbox"/> Straight	<input type="checkbox"/> Oblique <input type="checkbox"/> Straight	<input type="checkbox"/> 3,5 cm height <input type="checkbox"/> 5 cm height	<input type="checkbox"/> Adjustable waist strap <input type="checkbox"/> Elastic waist	<input type="checkbox"/> Opening panty man <input type="checkbox"/> Opening panty woman <input type="checkbox"/> Transpirant insert

KNEE HIGH LATERAL ZIP
<input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left

SPECIAL REQUEST
.....
.....
.....