

Kap. 03 – Prüfungen

FB-K3-02 Auftragscheckliste

Auftrags-Nr.: _____ Kunden-Nr.: _____ Geb. Datum: _____

Kunde: _____ Tel. Nr.: _____

Adresse: _____ FAX.-Nr.: _____

Medizin. Auftrag von: _____ Datum: _____

Privatkunde Auftragsannahme durch: _____ am: _____

Kurzbeschreibung der Orthopädie: _____

Erstkunde: Alter: _____ Gewicht: _____ Diabetiker:

Allergien: _____

Maßnahme durch: _____ am: _____

Ausführung: _____

1. Anpassung am: _____ mit: _____

Bemerkungen: _____

2. Anpassung am: _____ mit: _____

Bemerkungen: _____

Endanpassung am: _____ mit: _____

Korrekturen: _____

Paßprobe: Gehprobe: Info mündlich: schriftlich:

Endkontrolle durch: _____ Übernahme Kunde: _____

Kontrolltermin am: _____ Hinweise: _____