|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Auftrags-Nr.: |  | | | | | | | | Kunden-Nr.: | | | |  | Geb.Datum: | | | | |  | | |
| Kunde: |  | | | | | | | | | | | | | Tel.Nr.: | | | | |  | | |
| Adresse: |  | | | | | | | | | | | | | Fax.Nr.: | | | | |  | | |
| Medzin. Auftrag | |  | | | Von: | | |  | | | | | | Datum: | | | | |  | | |
| Privatkunde | |  | | | Auftragsannahme durch: | | | | |  | | | | am: | | | | |  | | |
| **Wichtige Hinweise:**  Dieses Muster ist auf einen Standardfall ausgelegt und dient als Orientierungs- bzw. Formulierungshilfe. Alle Angaben erfolgen trotz sorgfältigster Bearbeitung ohne Gewähr. Eine Haftung der Bundesinnung ist ausgeschlossen.  Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.  Wir weisen darauf hin, dass diese Muster jedenfalls auf den Einzelfall angepasst werden müssen, eine individuelle Rechtsberatung nicht ersetzen können und nach dem derzeitigen Wissenstand formuliert wurden.  Kurzbeschreibung der Orthopädie: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Erskunde | |  | | | Alter: | | | |  | | | | Gewicht: |  | | | | | Diabetiker: | |  |
| Allergien: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Maßnahmen durch: | | | | | |  | | | | | | | | am: | | |  | | | | |
| Ausführung: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Anpassung am: | | | | | |  | | | | | | | | mit: | | |  | | | | |
| Bemerkungen: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Anpassung am: | | | | | |  | | | | | | | | mit: | | |  | | | | |
| Bemerkungen: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Endanpassung am: | | | |  | | | | | | | | | | mit: | | |  | | | | |
| Korrekturen: |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Paßprobe: | | |  | | | | Gehprobe: | | | |  | Info mündlich: | | |  | | | schriftlch: | |  | |
| Endkontrolle durch: | | | |  | | | | | | | | | Übernahme Kunde: | | |  | | | | | |
| Kontrolltermin am: | | | |  | | | | | | | | | Hinweise: | | |  | | | | | |