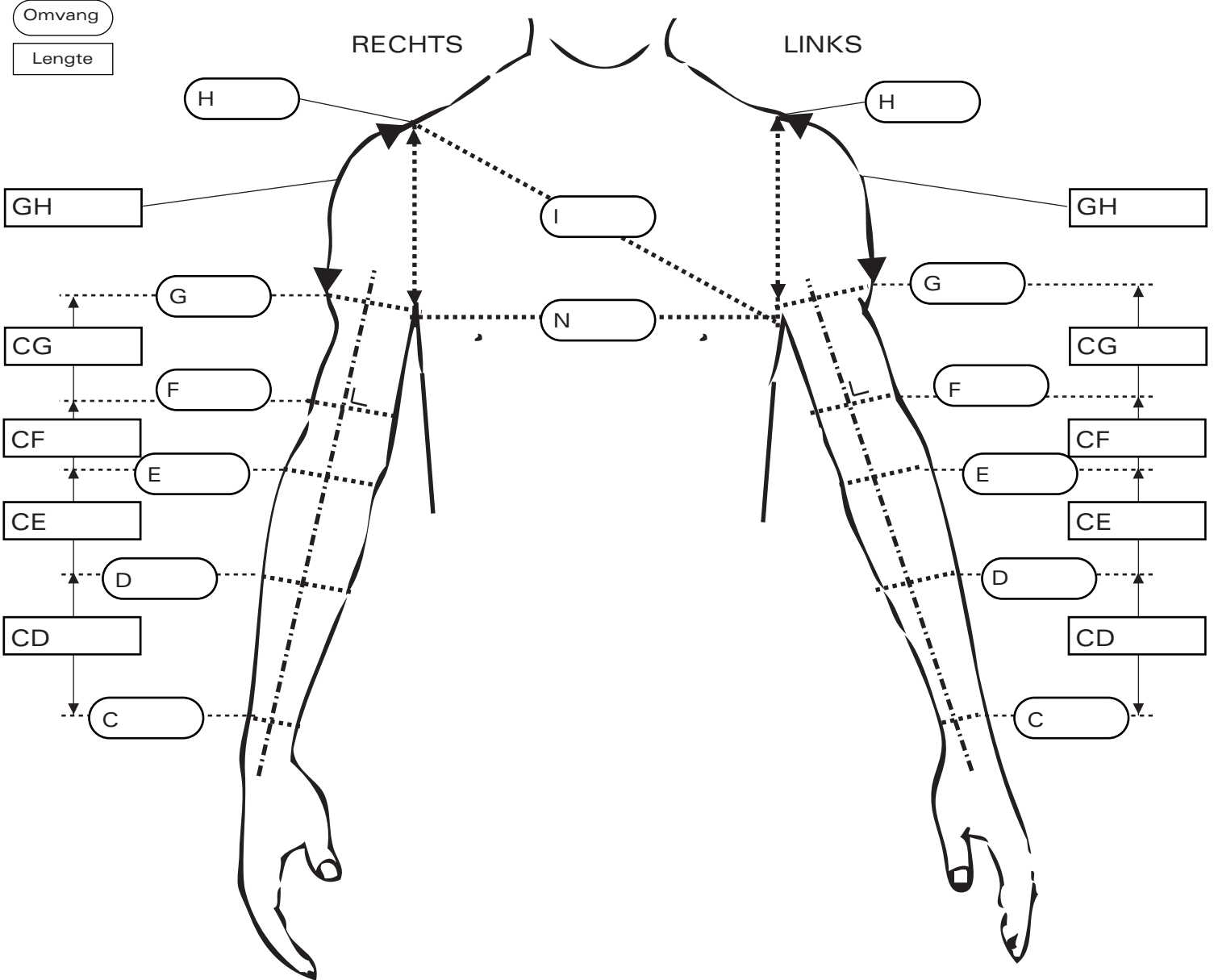




Naam patiënt		Geboortedatum	Geslacht	Datum opmeting
		... / ... / ...	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v	... / ... / 201 .
Opgemeten door	Handtekening	Snelste contactmogelijkheid		Dienst



**VLAKBREI met naad**

	CO03 zwart	CO23 bruin
LYMPHE ACTIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ST01 beige/skin	ST02 beige/black
LYMPHE STRONG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gelieve het aantal stuks te vermelden

<p><b>Opties:</b></p> <p><input type="checkbox"/> met anti-slip band</p> <p><input type="checkbox"/> handschoen + armkous in 1 stuk</p>	<p><b>Uitvoeringen:</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  ARMKOUS CG         </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/>  ARMKOUS met schouderkap         </div> </div>	<p><b>Opmerkingen:</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---	--

F0169-1.00-nl