



CLIENTE:
 Paciente:

MODELO: COLOR:

Fecha pedido:
 Fecha servicio prueba:
 Fecha acabado:

Modificaciones al modelo (p.ej.: cambio de tipo de cierre, picado del corte, material de corte, pala elástica, etc.):

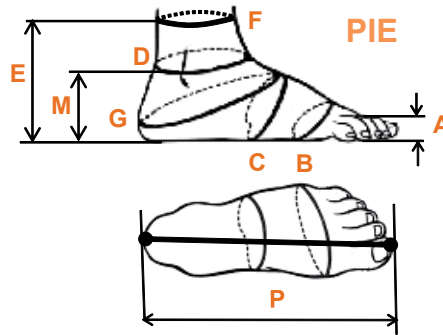
Pie IZQUIERDO (medidas en cm)

Diagnóstico/Comentario

Pie DERECHO (medidas en cm)

Diagnóstico/Comentario

- P Largo Pie → Q Largo Palmilla
- A Altura dedos
- B Perímetro metatarsal
- C Perímetro empeine-arco
- D Perímetro maléolos → M Altura maléolo externo
- G Perímetro empeine-talón
- F Perímetro a altura de la caña (sólo en botas) → E Altura de caña (sólo en botas)



- P Largo Pie → Q Largo Palmilla
- A Altura dedos
- B Perímetro metatarsal
- C Perímetro empeine-arco
- D Perímetro maléolos → M Altura maléolo externo
- G Perímetro empeine-talón
- F Perímetro a altura de la caña (sólo en botas) → E Altura de caña (sólo en botas)

Tipo de TALÓN: Normal Curvado (tipo pera)

Tipo de TALÓN: Normal Curvado (tipo pera)

Contrafuerte: Blando Standard Duro Extra Duro

Contrafuerte: Blando Standard Duro Extra Duro

N Altura en talón

N Altura en talón

L Longitud

L Longitud

TOPE: Diabético Standard Duro

TOPE: Diabético Standard Duro

FORRO: Plastazote Standard

FORRO: Plastazote Standard

H I J K Material

H I J K Material

Plataforma Oculta:

Plataforma Oculta:

Plataforma Externa:

Plataforma Externa:

PISO: Cuero Goma PU Microporoso Spay

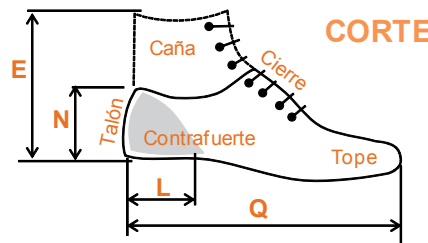
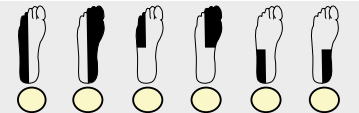
PISO: Cuero Goma PU Microporoso Spay

T Altura TACÓN S Espesor PISO

T Altura TACÓN S Espesor PISO

Cuñas correctoras:

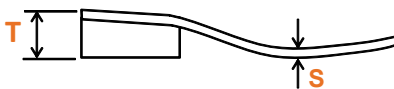
Altura máxima de cuña:



PLATAFORMA



PISO Y TACÓN



* En el dorso del formulario dispone de espacio libre para dar indicaciones u observaciones adicionales como por ej. la prescripción de plantilla, en caso de ser necesaria

Datos para DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD CR.A 1591/2009

Adjuntar Copia de Receta

Prescriptor: Dr. Centro:

Diagnóstico:

Informamos que los datos personales que puedan constar en este documento están incorporados en un fichero, creado bajo nuestra responsabilidad, para gestionar nuestra relación comercial.

Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación u oposición dirigiéndose por escrito a: Calzamedi, S.L., Pol. Ind. El Rubial, c/8 - nº 11. 03400 Villena (Alicante)

Cliente:

MODELO:

Fecha pedido:

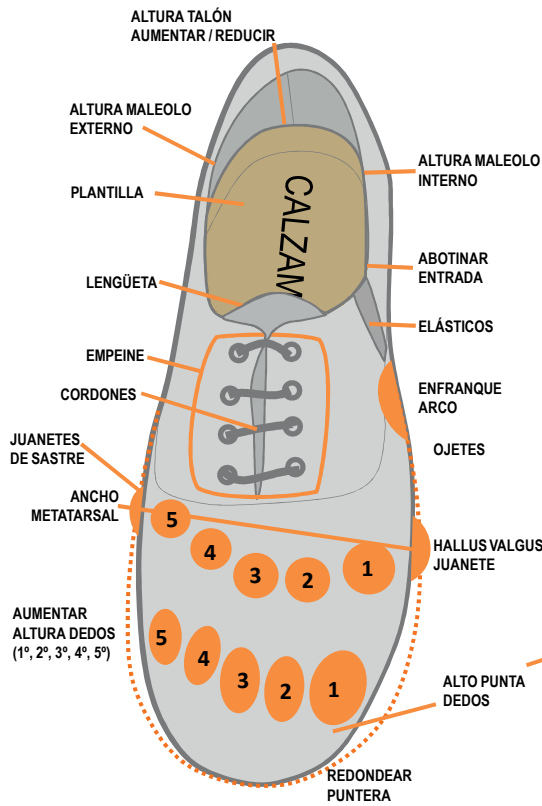
Paciente:

COLOR:

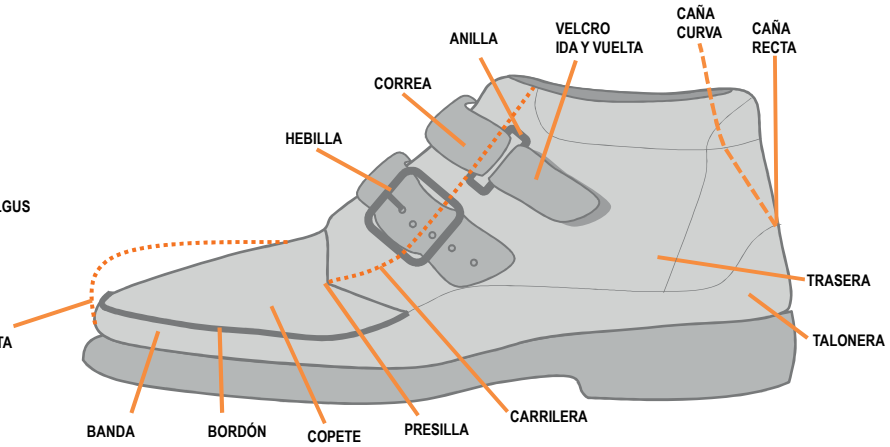
Fecha prueba:

Fecha acabado:

DETALLES IMPORTANTES PARA LA PRUEBA



Indicar sobre el dibujo los cambios propuestos.
(en sandalias puede dibujar las tiras sobre el dibujo)



MODIFICACIONES

Pie IZQUIERDO

Pie DERECHO

Datos para DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD CR.A 1591/2009

Adjuntar Copia de Receta

Dr.

Centro:

CALZAMEDI CM
CALZADO TERAPÉUTICO
www.calzamedi.com

Informamos que los datos personales que puedan constar en este documento están incorporados en un fichero, creado bajo nuestra responsabilidad, para gestionar nuestra relación negocial. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación u oposición dirigiéndose por escrito a: Calzamedi, S.L., Pol. Ind. El Rubial, c/ 9 - nº 12. 03400 Villena (Alicante)