

Siltasaarenkatu 11, 00530 HELSINKI

020 743 1800

hakaniemi@soleusproteor.fi

Tenholantie 10 b, C-siipi, 00280 HELSINKI

029 3400 660

terveyspuisto@soleusproteor.fi

Bertel Jungin aukio 9, A-talo, 02600 ESPOO


029 3400 640

espoo@soleusproteor.fi

Vesijärvenkatu 8, 15100 LAHTI

029 3400 650

lahti@soleusproteor.fi

Potilaan nimi ja syntymäaika
Diagnoosi
Apuvälinehoidon indikaatiot
Apuvälinehoidon tavoite
Lähtettäjä / yhteyshenkilö
LASTEN JA AIKUISTEN LÄÄKINNÄLLISET APUVÄLINEET Yksilöllisten mittojen mukaisesti, käyttäjälleen sovitettuna.
<input type="checkbox"/> Hoitosukat <input type="checkbox"/> Hoitohiha <input type="checkbox"/> Hoitokäsine <input type="checkbox"/> Kompressioluokka _____
<input type="checkbox"/> Painetukivaate _____
<input type="checkbox"/> Rintaproteesi _____
<input type="checkbox"/> Erityisjalkineet <input type="checkbox"/> Mittajalkineet <input type="checkbox"/> Yksilölliset ortopediset jalkineet
<input type="checkbox"/> Tukipohjalliset _____
<input type="checkbox"/> Alaraajaortoosi _____ <input type="checkbox"/> Alaraajan tuki _____
<input type="checkbox"/> Yläraajaortoosi _____ <input type="checkbox"/> Yläraajan tuki _____
<input type="checkbox"/> Tyrävyö _____ <input type="checkbox"/> Vartalotuki _____
<input type="checkbox"/> Alaraajaproteesi _____ <input type="checkbox"/> Yläraajaproteesi _____
<input type="checkbox"/> Muu apuväline
<input type="checkbox"/> Kustannusarvio pyydetään osoitteeseen

Paikka, aika, lähtetäjän puhelinnumero ja sähköpostiosoite