

Officina Ortopedica:

.....

Tecnico Responsabile:

.....

**DATI DEL PAZIENTE**

Nome:

.....

Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Età	
Peso (kg)	
Professione	

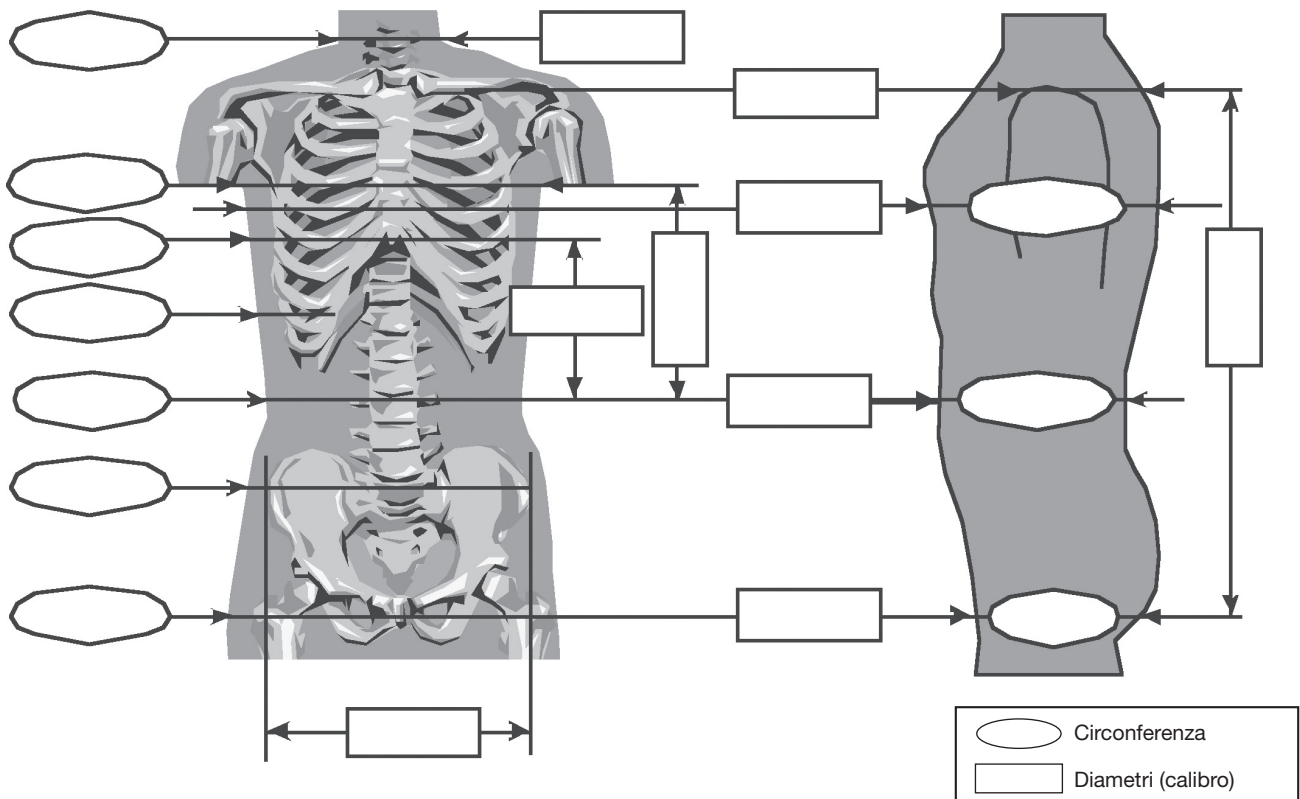
Altre informazioni sul paziente (es. limitazioni, specificità etc.)

.....

.....

.....

Lionese	Milwakee	Boston	CLB	Lionese 3 p.	Antogravit.	P83	Cheneau
---------	----------	--------	-----	--------------	-------------	-----	---------



Plastica	Spessore	Colore	Imbottitura	Spessore	Colore
----------	----------	--------	-------------	----------	--------

Note sulla costruzione

.....

.....