

(datos a rellenar por Orthocast SL)

nº de cliente _____ nº de pedido _____

Fecha _____

Formulario de prescripción de ortesis y prótesis a medida

(rellenar todos los datos con bolígrafo y mayúsculas)

Prescriptor _____
Dirección _____
Población _____
Teléfono _____ Fax _____

CP _____
Provincia _____

Paciente _____ Edad _____
Talla de calzado _____ Tipo de calzado _____
Ocupación _____

Motivo por el cual el paciente requiere un tratamiento ortésico _____

(marcar con una x la opción deseada)

Tipo de ortesis

- Pediátrica
 Deportiva
 Uso habitual
 Zapato Estrecho

Extensión

- 3/4
 Completas
 Sólo base

Cubierta

- Neopreno 2 mm
 Neopreno 3 mm
 EVA 2 mm
 EVA 3 mm

- PPT 3,2 mm
 EVA 1,5 mm
Otro

Biomex azul Biomex negro DBX6 EVA

Grosor de la base 1'5 mm 2 mm 3 mm 4mm

Opcional Forro imitación piel

Prótesis (es necesario recibir el zapato para fabricar el relleno)

Cubierta _____ Pie afectado _____ Afectación _____

Observaciones _____

(marcar con una x la opción deseada e indicar derecha y/o izquierda)

Añadidos

Alza
(indicar altura mm)

Dcha. Izq.

Descarga para
espólón de calcáneo

Dcha. Izq.

Cuffs pronadoras

Dcha. Izq.

Elemento de
amortiguación del talón

Dcha. Izq.

Elemento balancín
para el 1º radio

Dcha. Izq.

Cuffs Supinadora
(indicar altura mm)

Dcha. Izq.

Corte de acomodación
del 1º radio en plantaflexión

Dcha. Izq.

Elemento de
acomodación del 1º radio plantaflexionado

Dcha. Izq.

Descarga retrocapital

Dcha. Izq.

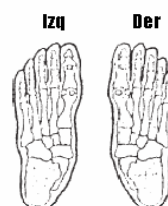
Descarga Metatarsiano

Dcha. Izq.

(indicar cual/es)

Otros _____

Comentarios



Indicar lesiones o
puntos dolorosos