

## SaeboReach™ Zamówienie

W celu zamówienia należy przesłać wszystkie poniższe informacje.

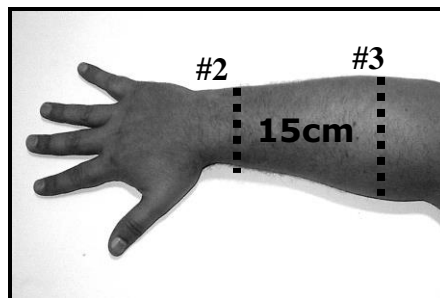
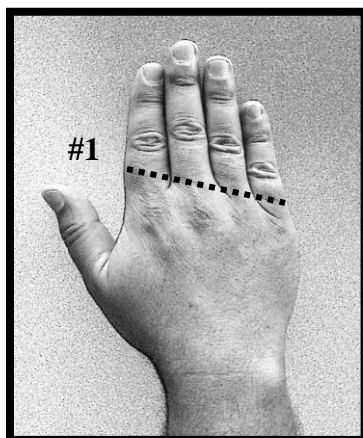
Imię Nazwisko pacjenta \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Imię Nazwisko terapeuty \_\_\_\_\_

Lewa  Prawa

### Część dystalna

- 1.) Pomiar szerokości śródreźca palców 2-5: \_\_\_\_\_ cm
- 2.) Pomiar obwodu nadgarstka proksymalnie zaraz za głową kości: \_\_\_\_\_ cm
- 3.) Pomiar obwodu przedramienia proksymalnie od głowy kości łokciowej odmierzając od niej 15 cm .: \_\_\_\_\_ cm
- 4.) Ustawienie nadgarstka:  15 stopni  35 stopni
- 5.) Nparytki: Kciuk \_\_\_\_\_ Wskaziciel \_\_\_\_\_ Długi \_\_\_\_\_ Serdeczny \_\_\_\_\_ Mały \_\_\_\_\_



### Część proksymalna

- 1.) Pomiar obwodu ramienia tuż powyżej zgiętego łokcia do 90°: \_\_\_\_\_ cm
- 2.) Pomiar obwodu ramienia 10 cm powyżej zgiętego łokcia do 90° \_\_\_\_\_ cm

