



**יעד** בע"מ LTD

Advanced Orthopedic | אורתופדיה מתקדמת

# מחור רך ילדים

לשלוח לפקס: 03-5184329 או לטלפון: 054-4904123

|          |        |             |
|----------|--------|-------------|
| מוסד:    |        | תאריך:      |
| שם מטפל: |        | שם הפציינט: |
| טלפון:   | טלפון: | גיל:        |

|   |              |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> צבע: <input type="checkbox"/> טורקיז כהה <input type="checkbox"/> סגול | A- היקף חזה  |
| <input type="checkbox"/> כחול <input type="checkbox"/> ירוק <input type="checkbox"/> שחור       | B- היקף מותן |
| חיזוקים: _____  | C- היקף אגן  |
|   | D- אורך רצוי |

