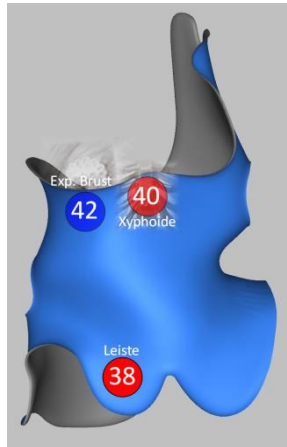


Name	Vorname	Geb. Datum

Korsettform: _____ Sonstige Form: _____

Regnier Versorgung

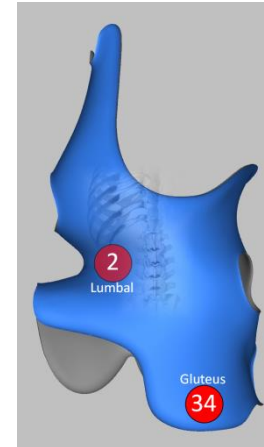
Fremdversorgung



Frontal



Rechts



Dorsal



Links

Rot = Druckbereiche

Blau = Expansionbereiche

Termin	Datum	Zone 40		Zone 42		Zone 38		Zone 1		Zone 14		Zone 41		Zone 2		Zone 34		Zone 3		Zone 20	
		Druck	Schmerz	Druck	Schmerz	Druck	Schmerz	Druck	Schmerz	Druck	Schmerz	Druck	Schmerz	Druck	Schmerz	Druck	Schmerz	Druck	Schmerz	Druck	Schm.
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					