

Hosmer Upper Extremity Prosthetics

Fillauer®

Tel: 800.251.6398
Fax: 423.698.6076
2710 Amnicola Hwy
Chattanooga, TN 37406

PATIENT'S NAME _____

DATE _____

STREET ADDRESS _____

COMPANY NAME AND ADDRESS

CITY AND STATE _____

SOCIAL SECURITY NO. _____

OCCUPATION _____ AMP. DATE _____

CAUSE OF AMPUTATION _____

PREVIOUS PROSTHESIS WORN? YES NO

CHEST CIRCUMFERENCE _____ AGE _____

OLD PROSTHESIS MEASUREMENTS _____

MALE FEMALE HEIGHT _____

UPPER, ACROMION TO ELBOW CENTER _____

RIGHT LEFT WEIGHT _____

LOWER, ELBOW CENTER TO END OF WRIST _____

CAUCASIAN BROWN OTHER _____

IS THE PROSTHESIS TO BE COMPLETED READY FOR FITTING?

AMPUTATION LEVEL _____

YES NO

CATALOGUE # _____

REMARKS: _____

TYPE WRIST _____ ELBOW _____ HINGE _____

OPEN SOCKET END BEARING SPLIT SOCKET

STANDARD WEIGHT HEAVY DUTY

MODEL HOOK USED _____

MODEL HAND USED _____

SHOULD HOSMER FURNISH HAND/HOOK?
YES NO

HARNES CUFF CABLES

DORRANCE HAND SIZE _____

TYPE _____

ROBIN AID HAND SIZE _____

TYPE _____

BECKER HAND SIZE _____

TYPE _____

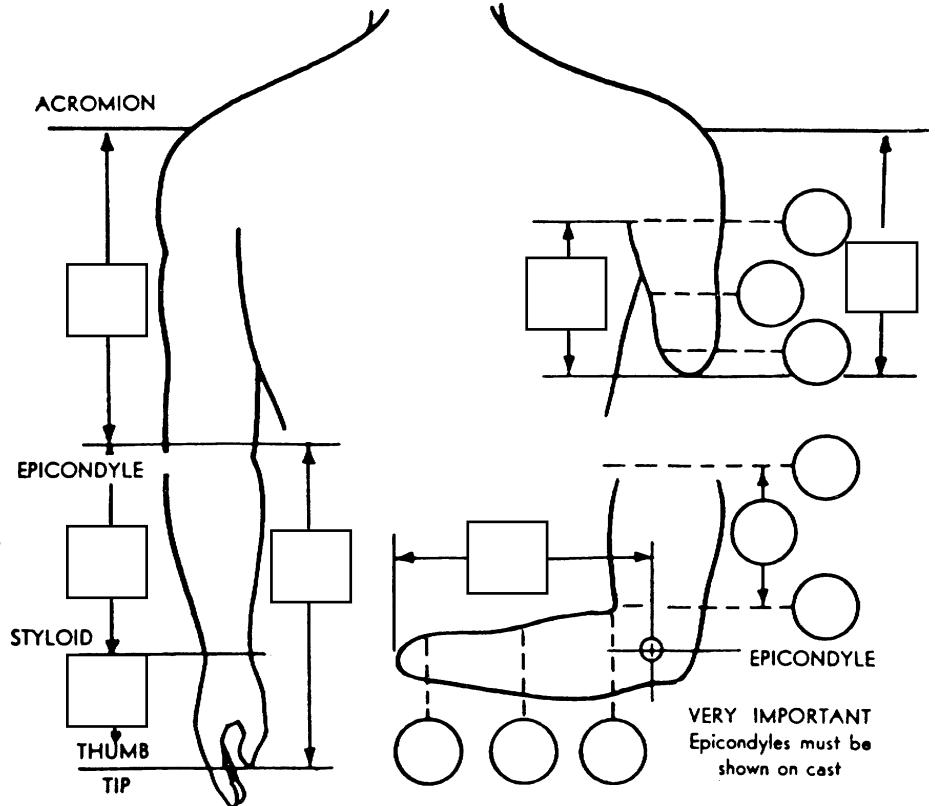
COSMETIC HAND SIZE _____

TYPE _____

COSMETIC GLOVE SIZE _____

SHADE _____

OTHER ITEMS HOSMER TO FURNISH



DEL MIEMBRO SUPERIOR

Hosmer Hoja Para La Medicion

Fillauer[®]

Tel: 800.251.6398
 Fax: 423.698.6076
 2710 Amnicola Hwy
 Chattanooga, TN 37406

Nombre y dirección _____ Fecha _____
 de la compañía. _____ Trabajo No. _____
 Company Name & Job No.
 Address _____ Orden de compra No. _____
 P.O. No. _____

Nombre del paciente _____ Fecha de amputación _____
 Patient's Name Amputation Date
 Calle y número _____ Ocupación _____
 Street Occupation
 Ciudad _____ Médico _____
 City Doctor

Caucasiano Brown Cobrizo Sexo Sexo
 White Male masc. Female fem.

Tipo de amputación _____
 Type Amputation

No. de prótesis según catálogo _____ Der. Izq.
 Prosthesis Catalog No. Rt. Left

Tipo de muñeca _____ Codo _____ Articulación _____
 Type Wrist Elbow Hinge

Cuenca de doble pared Cuenca sencilla Cuenca dividida
 End Bearing Socket Single Socket Split Socket

Peso normal Reforzado
 Standard Weight Heavy Duty

Modelo de gancho usado _____
 Model Hook Used

Modelo de mano usado _____
 Model Hand Used

Circunferencia torácica _____
 Chest Circumference

Altura del paciente _____ Edad _____
 Patient's Height Age

¿Ensamblar Completo? Si No
 Assemble Complete? Yes No

Tídense los dispositivos Hosmer requeridos
 Check Items Hosmer To Furnish:

Arnés Manguito Cables
 Harness Cuff Cables

Tipo de Mano: Mano Dorrance Mano Becker
 Hand Type: Dorrance Hand Becker Hand

Tamaño _____ Mano Robin-Aid Mano Cosmético
 Size Robin-Aid Hand Cosmetic Hand

Guante cosmético Matiz _____
 Cosmetic Glove Shade

Otros artículos Hosmer requeridos: Other Items Hosmer to Furnish:

Observaciones: _____
 Remarks:

