

RETURFORMULÄR

kiddieGAIT™

Före retur till Camp skall returnummer erhållas från kundsupport. Ersättning kan endast godkännas när detta formulär är noga ifyllt och medföljer returen. Camp ersätter med ny KiddieGAIT i de fall produkten visar tecken på delaminering. Retur skall göras inom sex månader från utprovningdagen.

Serie nr: _____ Artikel nr: _____

Retur nr: _____ Datum: _____

Patientinformation

- Flicka Bilateral
 Pojke En fot

Produktinformation

- Small Vänster
 Medium Höger
 Large

Vikt _____ Längd _____ Ålder _____ Skostorlek _____

Utprovningsdatum _____

Indikation

- Spastisk diplegi Muskeldystrofi Förändringar i gångmönster till följd av proprioceptionsstörning
 Lågtonus Crouch-gång Tågångare med intakt mellanfot
 Spina bifida Annan _____

Fotanpassning

- Inlägg SMO
 DAFO Ingen
 Annan _____

Fot felställning

- Slapp
 Spastisk
 Supinerad
 Pronerad
 Annan _____

Tack för din medverkan,
Camp Scandinavia AB