**Reparaturen**

Datum OSM

Name, Vorname

IV / AHV / SUVA / UVG / MV / KK / Privat / Rg / Bar / Ko Adresse

MO DI MI DO FR Datum PLZ, Ort

Schuhe Nr Tel.Nr.

Schuhzurichtungen Reparaturen Spezialschuhe für

Einlagen\_Fussbettungen\_Zehenorthesen

Bandagen Kompressionsstrümpfe \_

**Boden**

Sohle dg ½ Spitze Aufbau DN DP Gummi Leder: mm: \_

Absatz Material: mm: Puffer Aufbau Abrollung

**Schaft**

Fersenfutter: Li Re Einziehfutter: Li Re Riester: Li Re Zeit: \_

Riemli: Li Re Welcro breite: cm: Schnalle

Decksohle: Li Re Leder Kunststoff Alcantara ½ dg Polster

Ausweiten: Li Re Ballen HV QV Rist Ferse Zehen punktuell

Einleisten: Li Re Aufarbeiten Auffrischen

**Einlagen/Fussbett**

UZ Leder Kunststoff Alcantara

Polster Li Re Aufarbeiten Li Re

Produktion Abgabe Verrechnung

. .