

(Name und Anschrift des Krankenhauses)

Name des Trägers

Gemessen am

Gemessen von

XENOLITE Frontschürze

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Modell *10A | <input type="checkbox"/> Modell *10B |
| <input type="checkbox"/> Modell *10E | <input type="checkbox"/> Modell *10K |
| <input type="checkbox"/> Modell *10NV | <input type="checkbox"/> Modell *10Q |
| <input type="checkbox"/> Modell *10S | |

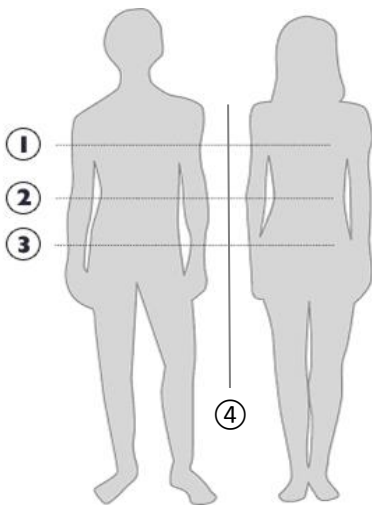
männlich weiblich

Material

- | | |
|--|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> XenoLite NL bleifrei | (Schutzmaterial Nr. 8) |
| <input type="checkbox"/> XenoLite STRATA bleifrei | (Schutzmaterial Nr. 4) |
| <input type="checkbox"/> XenoLite B Composite | (Schutzmaterial Nr. 6) |
| <input type="checkbox"/> XenoLite STRATA+ bleifrei | (Schutzmaterial Nr. 3)* |
| <input type="checkbox"/> XenoLite EVAL | (Schutzmaterial Nr. 9)* |

* Zertifiziert nach DIN EN 61331:2014

Bitte tragen Sie zur Ermittlung der optimalen Größe Ihrer persönlichen Röntgenschutzkleidung alle Maße ein.
Die Länge der der Röntgenschutzkleidung sollte nach RÖV / DIN EN 61331-3 so bemessen sein, dass die Vorderseite des Körpers vom Halsansatz bis zu den Kniescheiben bedeckt ist. Eine detaillierte Anleitung zum Maßnehmen, sowie eine große Auswahl an Farben finden Sie unter www.mis-msm.de



- ① **Brustumfang** _____
Über der stärksten Stelle der Brust waagrecht um den Körper
- ② **Taillenumfang** _____
Ohne zu schnüren rings um die Taille
- ③ **Hüftumfang** _____
Waagrecht um die stärkste Stelle des Gesäßes
- ④ **Länge** _____
Mitte Schulter bis Kniescheibe knapp bedeckt

Damen

Brustumfang in cm	Größe
80 - 84	XS
85 - 89	S
90 - 94	M
95 - 107	L
108 - 115	XL

Größe	Länge	Farbe

Herren

Brustumfang in cm	Größe
86 - 90	S
91 - 98	M
99 - 107	L
108 - 115	XL

Größe	Länge	Farbe

Schutzwerte frontal (Rückenschutz im Standard 0,25 mm Pb equiv.)

0,35 mm Pb equiv. 0,50 mm Pb equiv.

Monogramm

Blockschrift GROSSBUCHSTABEN

auf Klett fest aufgestickt

Schilddrüsenschutz

*40T

*40TS Farbe _____

Kopfschutz CAP

Kopfumfang _____

Farbe _____

Bemerkungen: _____