

anatomischer Rücken nach Maß

HMV-Nr.: 26.11.03.0001

Angebot Bestellung Datum: _____

Kommission: _____

Sanitätshaus: _____

Ansprechpartner: _____

Lieferanschrift:
(falls abweichend) _____

Untergestell Sitzbreite /-tiefe /Rückenhöhe: _____ / _____ / _____ cm

Modell: _____ Hersteller: _____

Polsterung

- | | | | |
|--|---|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Maßpolsterung | <input type="checkbox"/> Weichschaumabdruck | <input type="checkbox"/> Durchführung Mitarbeiter Orth GmbH | Anprobe erforderlich |
| | <input type="checkbox"/> 3-D Scan-Verfahren | <input type="checkbox"/> Durchführung Mitarbeiter Sanitätshaus | |

Bezug

- | | | | | |
|--|---|-----------------|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Unterbezug Rücken | <input type="checkbox"/> Oberbezug Rücken | Stoffnr.: _____ | <input type="checkbox"/> Wechselplatte Rücken | Stoffnr.: _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> Wechselbezug Rücken | Stoffnr.: _____ |

Schale

- | | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Rückenschale nach Maß | Art.Nr. 10/002 |
| folgende Artikel sind im Preis
enthalten: Aktivrücken aus Aluminium | |
| <input type="checkbox"/> nur Rückenkissen ohne Aluverstärkung | Art.Nr. 01/013 |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | |

Adaption

- | | | |
|---|---|----------------|
| <input type="checkbox"/> Befestigungsgurte (je 1x Rücken) | Art.Nr. 10/010 | |
| <input type="checkbox"/> Einhängerohre Rücken | Art.Nr. 10/034 | |
| <input type="checkbox"/> Rückenbefestigung Aluminium Schellen | Art.Nr. 40/551 | |
| <input type="checkbox"/> Zahnriemenbefestigung Rücken | Art.Nr. 10/021 | |
| <input type="checkbox"/> Klett / Flausch hinter Rückenfläche | <input type="checkbox"/> Mittig <input type="checkbox"/> Seitlich | Art.Nr. 10/029 |
| <input type="checkbox"/> Rohrclipse, Kunststoff | Art.Nr. 01/007 | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | |

Orth GmbH



Ihr Reha-Zulieferer nach Maß

Güstrower Chaussee 8a
19395 Plau am See

Tel.: 038738 / 705 94
Fax.: 038738 / 705 98



Rückenrohre

Innenabstand: _____

Durchmesser: _____

UG / Rollstuhl
wird zu Orth GmbH
eingeschickt

Kopf

Kopfstützenpolster (gepolstert inkl. Bezug)	<input type="checkbox"/> Standard	Größe: _____	Art.Nr. 30/022	26.99.02.3000
	<input type="checkbox"/> Muschelform	Größe: _____	Art.Nr. 30/023	
	<input type="checkbox"/> Modell Otto	Größe: _____	Art.Nr. 30/027	
	<input type="checkbox"/> Standard lateral einstellb.	Größe: _____	Art.Nr. 30/022+10/011	
PU-Kopfstützenpolster (Integralschaum ohne Bezug)	Muschelform	Größe: _____	Art.Nr. 30/024	26.99.02.3000
	X-Form	Größe: _____	Art.Nr. 30/021	
Bezug für Kopfstützenpolster	Echtfell		Art.Nr. 30/026	26.99.02.3000
	Stoffnr.: _____		Art.Nr. 30/025	
Kopfstützenhalter	Gerade		Art.Nr. 40/023	26.99.02.3000
	Gerade mit Kugelgelenk		Art.Nr. 40/123	
	Gekröpft		Art.Nr. 40/024	
	Gekröpft mit Kugelgelenk		Art.Nr. 40/124	
	Mit Zahnsegmentverstellung		Art.Nr. 40/022	
	Mit Zahnsegmentverstellung und Kugelgelenk		Art.Nr. 40/122	
	Gerade mit Zahnsegmentverstellung		Art.Nr. 40/130	
	Gekröpft mit Zahnsegmentverstellung		Art.Nr. 40/128	
	Mit Doppelzahnsegmentverstellung		Art.Nr. 40/125	
	Mit Doppelzahnsegmentverstellung und Kugelgelenk		Art.Nr. 40/126	
	Mit Lamellengelenk		Art.Nr. 40/127	
<input type="checkbox"/> Gurtführung, aufschiebbar auf Kopfstützenrohr	<input type="checkbox"/> Klein	<input type="checkbox"/> Groß	Art.Nr. 40/046	26.99.99.1.001
<input type="checkbox"/> Universalgurtführung (über Schalenrand)	<input type="checkbox"/> Kurz		Art.Nr. 40/197	26.99.99.1.001
	<input type="checkbox"/> Lang		Art.Nr. 40/196	
Sonstiges	_____			

Rumpf

<input type="checkbox"/> Rumpfführungspelotte höhen -/ breitenverstellbar	<input type="checkbox"/> Rechts	Links	Art.Nr. 30/003	
<input type="checkbox"/> Rumpfführungspelotte höhen -/ breitenverstellbar der Körperform anpassbar	<input type="checkbox"/> Rechts	Links	Art.Nr. 30/002	
<input type="checkbox"/> Rumpfführungspelottenhalter abklappbar	<input type="checkbox"/> Rechts	Links	Art.Nr. 80/038	26.99.02.1000
<input type="checkbox"/> Rumpfführungspelottenhalter abnehmbar	<input type="checkbox"/> Rechts	Links	Art.Nr. 80/039	26.99.02.1000
Rumpfführung Recarostyle (Maße bitte unten eintragen)	Rechts	Links		
LWS Anstützung nach Maß (evtl. Skizze anfertigen)	integriert		Art.Nr. 30/007	26.99.02.1000
	Klettbar	auf Bezug	unter Bezug	cm: _____
Sonstiges	_____			

Druckentlastung und Inkontinenzschutz

Echtfellaufgabe für Rücken nach Maß				Art.Nr. 80/061	26.99.99.1001	
Relaxschaum eingearbeitet in Rückenfläche	Weich	Mittel	Hart	_____cm	Art.Nr. 30/013	26.99.99.1001

Sonstiges _____

Maßblatt für Körpermaßbogen

Orth GmbH

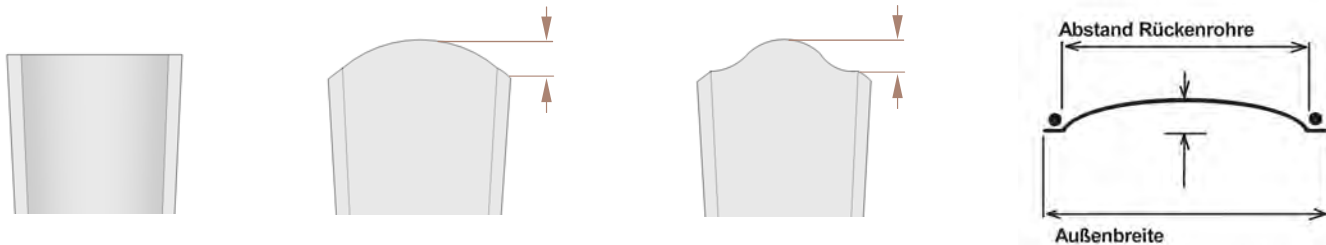


Ihr Reha-Zulieferer nach Maß

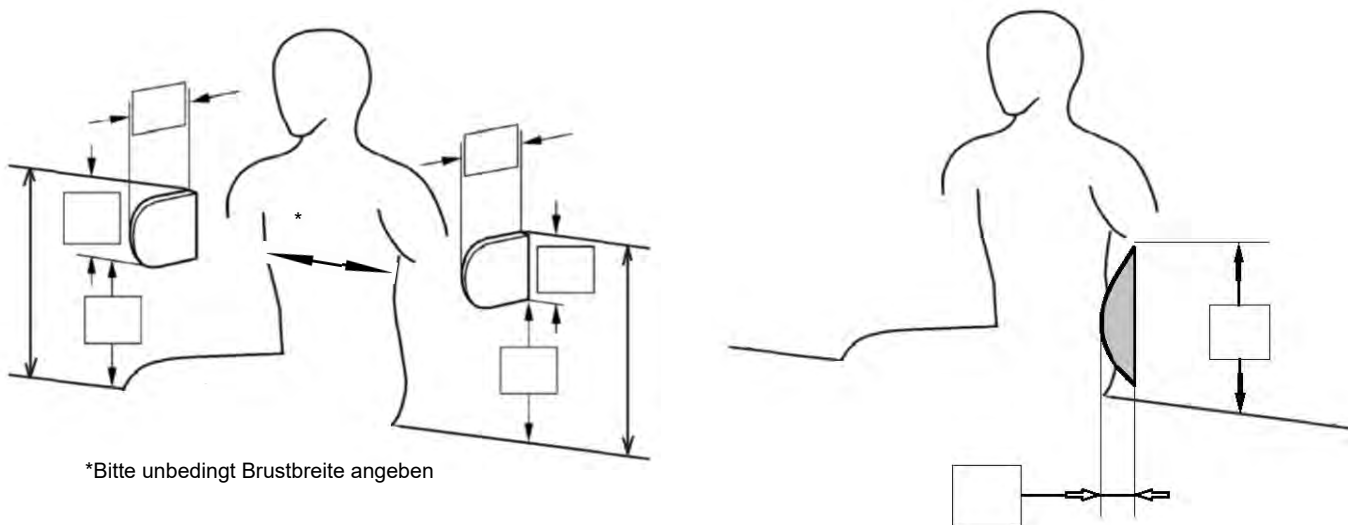
Kommission: _____
 Datum: _____
 ADM: _____

Güstrower Chaussee 8a Tel.: 038738 / 705 94
 19395 Karow Fax: 038738 / 705 98

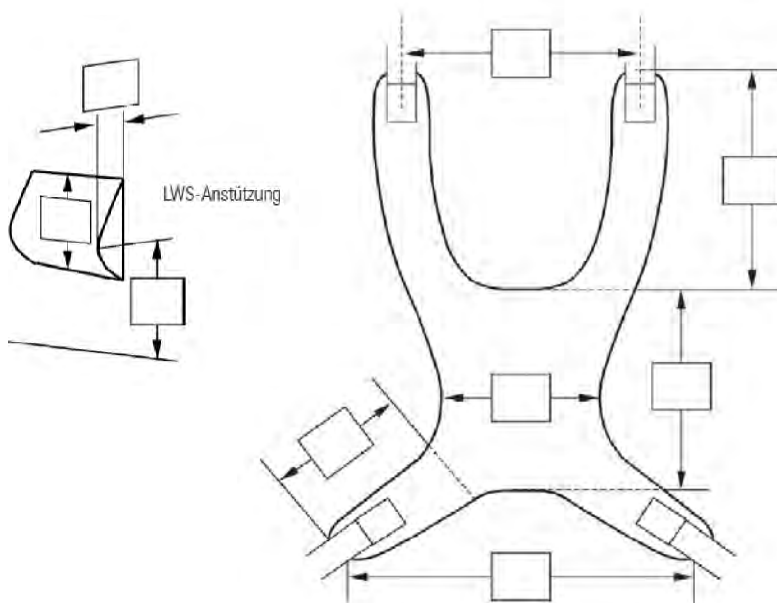
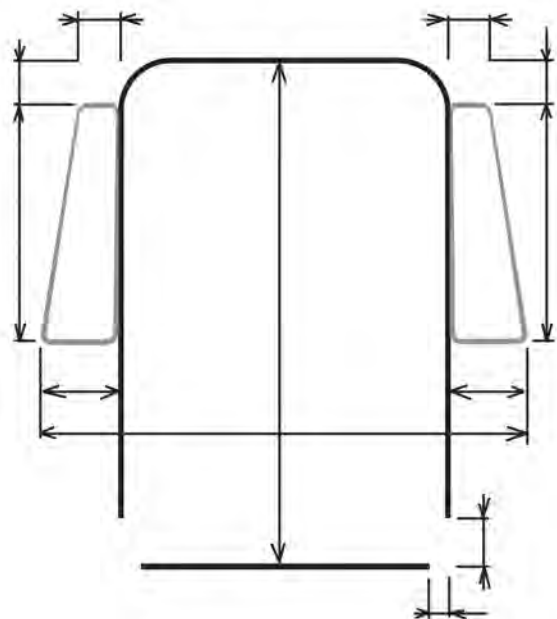
Grundform Alurücken



Maßtabelle



*Bitte unbedingt Brustbreite angeben



Skizzenblatt für Körpermaßbogen

Orth GmbH



Ihr Reha-Zulieferer nach Maß

Kommission: _____
Datum: _____
ADM: _____

Güstrower Chaussee 8a
19395 Plau am See

Tel.: 038738 / 705 94
Fax.: 038738 / 705 98

Raum für Skizzen und Zusatzinformationen / wichtige Informationen des Patienten und/oder Besonderheiten (Allergien, ect...)