anatomischer Rücken nach Maß

HMV-Nr.: 26.11.03.0001

Orth GmbH

Ihr Reha-Zulieferer nach Maß

Güstrower Chaussee 8a
19395 Plau am See

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

☐ Angebot ☐ Bestellung Datum: _____

Kommission: _____

Sanitätshaus: _____

Ansprechpartner: _____

Lieferanschrift:
(falls abweichend) _____

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

Modell: _____ Hersteller: _____

Rückenrohre

Innenabstand: _____

Durchmesser: _____

UG/RS wird zu Orth GmbH eingeschickt ☐ja ☐nein

Polsterung

☐ Maßpolsterung ☐ Weichschaumabdruck ☐ Durchführung Mitarbeiter Orth GmbH ☐ Anprobe erforderlich

☐ 3-D Scan-Verfahren ☐ Durchführung Mitarbeiter Sanitätshaus

Bezug

☐ Unterbezug Rücken ☐ Oberbezug Rücken Stoffnr.: _____ ☐ Wechselplatte Rücken Stoffnr.: _____

☐ Wechselbezug Rücken Stoffnr.: _____

Schale

☐ Rückenschale nach Maß Art.Nr. 10/002

folgende Artikel sind im Preis enthalten:
Aktivrücken aus Aluminium,
Befestigungsgurte, Scharnier,
Grundpolsterung, integrierte (feste) Rumpfführungpelotten

☐ nur Rückenkissen ohne Aluverstärkung Art.Nr. 01/013

Sonstiges _____

Adaption

☐ Adaption Sitz bitte wählen

☐ Adaption Rücken bitte wählen

Sonstiges _____

Kopf

☐ Kopfstützenpolster (inkl. Bezug) bitte wählen
Größentabelle

Bezug Kopfstützenpolster bitte wählen Stoffnr.: _____

☐ Kopfstützenhalter bitte wählen

☐ Gurtführung bitte wählen

Sonstiges _____

Rumpf

☐ Rumpfführungspelotte bitte wählen ☐ rechts ☐ links

☐ zusätzliche Option bitte wählen ☐ rechts ☐ links

☐ Brustschulterbeckenpelotten bitte wählen
Größentabelle

☐ 4-Punkt Oberkörperpositionierung bitte wählen Stoffnr.: _____
Größentabelle

☐ Brustpositionierung Neopren mit 2 Steckschlössern (unten) bitte wählen
Größentabelle

☐ Brustpositionierung Neopren mit 4 Steckschlössern bitte wählen
Größentabelle

☐ Brustpositionierung Neopren mit Schultereckeinfassung bitte wählen Größe wählen
Größentabelle

☐ Brustgurt bitte wählen

☐ LWS-Anstützung nach Maß (siehe Maßblatt) bitte wählen Stärke cm: _____

Sonstiges _____

Druckentlastung und Inkontinenzschutz

☐ Echtfellauflage 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 _____

Skizze

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

Druckfehler und Irrtümer vorbehalten

Maße Zubehör und Teile

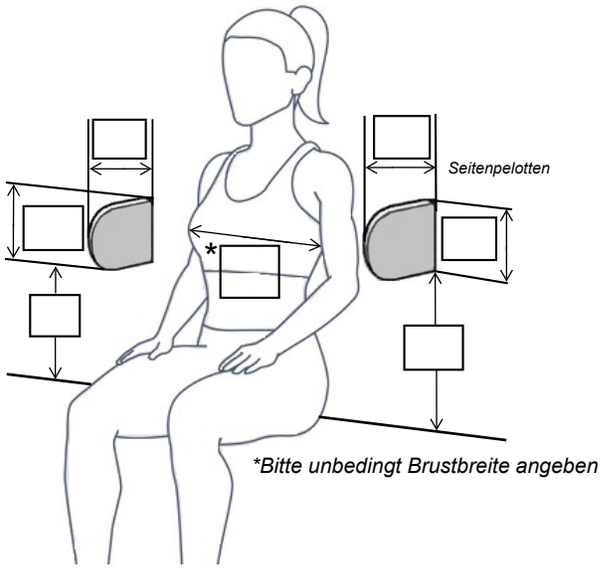
Kommission: _____

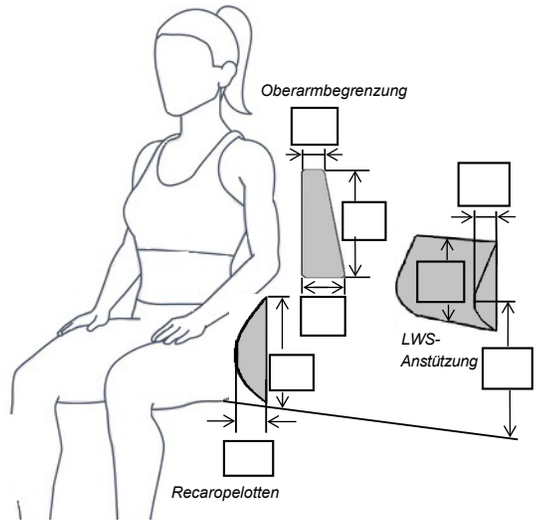
Datum: _____

ADM: _____

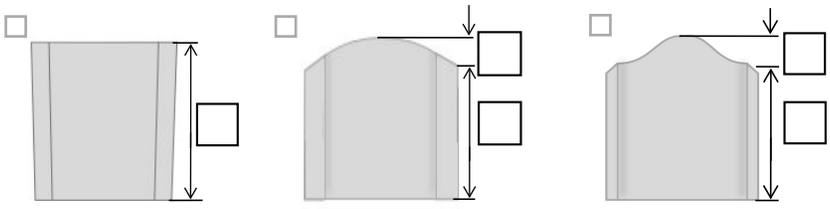
Sanitätshaus: _____

Orth GmbH
Ihr Reha-Zulieferer nach Maß
Güstrower Chaussee 8a
19395 Plau am See
Tel.: 038738 / 70594
Fax: 038738 / 70598

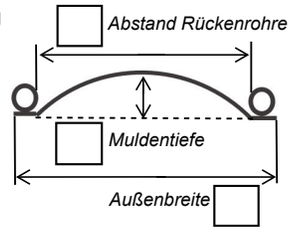




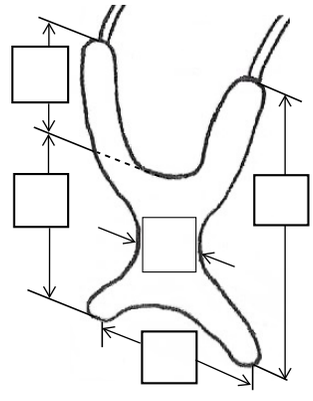
Grundform Rücken



☐ mit Ankantung



☐ ohne Ankantung

Raum für Skizzen und Zusatzinformationen

Zusatzinformationen Begurtung