

Sitzsystem Typ 100

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 _____ / _____ cm Wiedereinsatz ja nein

Modell: _____ Hersteller: _____

Sitzrohre

Innenabstand: _____ / Innenabstand: _____

Durchmesser: _____ / Durchmesser: _____

Rückenrohre

Polsterung

Maßpolsterung

Weichschaumabdruck

Durchführung Mitarbeiter Orth GmbH

UG / RS wird zu Orth GmbH

3-D Scan-Verfahren

Durchführung Mitarbeiter Sanitätshaus

eingeschickt ja nein

Sitz Rücken

Bezug

Unterbezug Sitz

Oberbezug Sitz

Stoffnr.: _____

Wechselplatte Sitz

Stoffnr.: _____

Unterbezug Rücken

Oberbezug Rücken

Stoffnr.: _____

Wechselplatte Rücken

Stoffnr.: _____

Schale

Typ 100 Sitzsystem Grundausstattung

Art.Nr. 01/001

folgende Artikel sind im Preis enthalten:

Aktivsitz, Aktivrücken aus Aluminium, Befestigungsgurte, Scharnier,
Grundpolsterung, integrierte (feste) Rumpfführungpelotten

Sonstiges _____

Adaption

Adaption Sitz

Adaption Rücken

Sonstiges _____

Kopf

Kopfstützenpolster (inkl. Bezug)

Größentabelle

Bezug Kopfstützenpolster

Stoffnr.: _____

Kopfstützenhalter

Gurtführung

Sonstiges _____

Rumpf

Rumpfführungspelotte			rechts	links
zusätzliche Option			rechts	links
Brustschulterbeckenpelotten Größentabelle				
4-Punkt Oberkörperpositionierung Größentabelle			Stoffnr.:	_____
Brustpositionierung Neopren mit 2 Steckschlössern (unten) Größentabelle				
Brustpositionierung Neopren mit 4 Steckschlössern Größentabelle				
Brustpositionierung Neopren mit Schultereckeneinfassung Größentabelle				
Brustgurt				
LWS-Anstützung nach Maß (siehe Maßblatt)			Stärke cm:	_____
Schlitze einarbeiten für Begurtung in Polster und Schalenkorpus			Art.Nr.	10/017
Sonstiges	_____			

Arme, Tische

Unterarmpositionierung Neopren	links	rechts	Art.Nr.	40/200
Oberarmbegrenzung nach Maß (siehe Maßblatt)	links	rechts	Art.Nr.	30/076
Therapietisch Größentabelle				
Halterung Therapietisch				
Tischpolster	Stärke in cm:	_____	Art.Nr.	30/019
Sonstiges	_____			

Becken

Beckenpositionierung Größentabelle				
Beckenpositionierung spinabetont Größentabelle				
Schlitze einarbeiten für Begurtung in Polster und Schalenkorpus			Art.Nr.	10/017
Sitzkeil nach Maß (siehe Maßblatt)	integriert	klettbar	Art.Nr.	30/011
Sitzhose Größentabelle				
Abduktionskeilhalter				
Adduktionsführung nach Maß (siehe Maßblatt)			Art.Nr.	10/013
Abduktionskeil				
Sonstiges	_____			

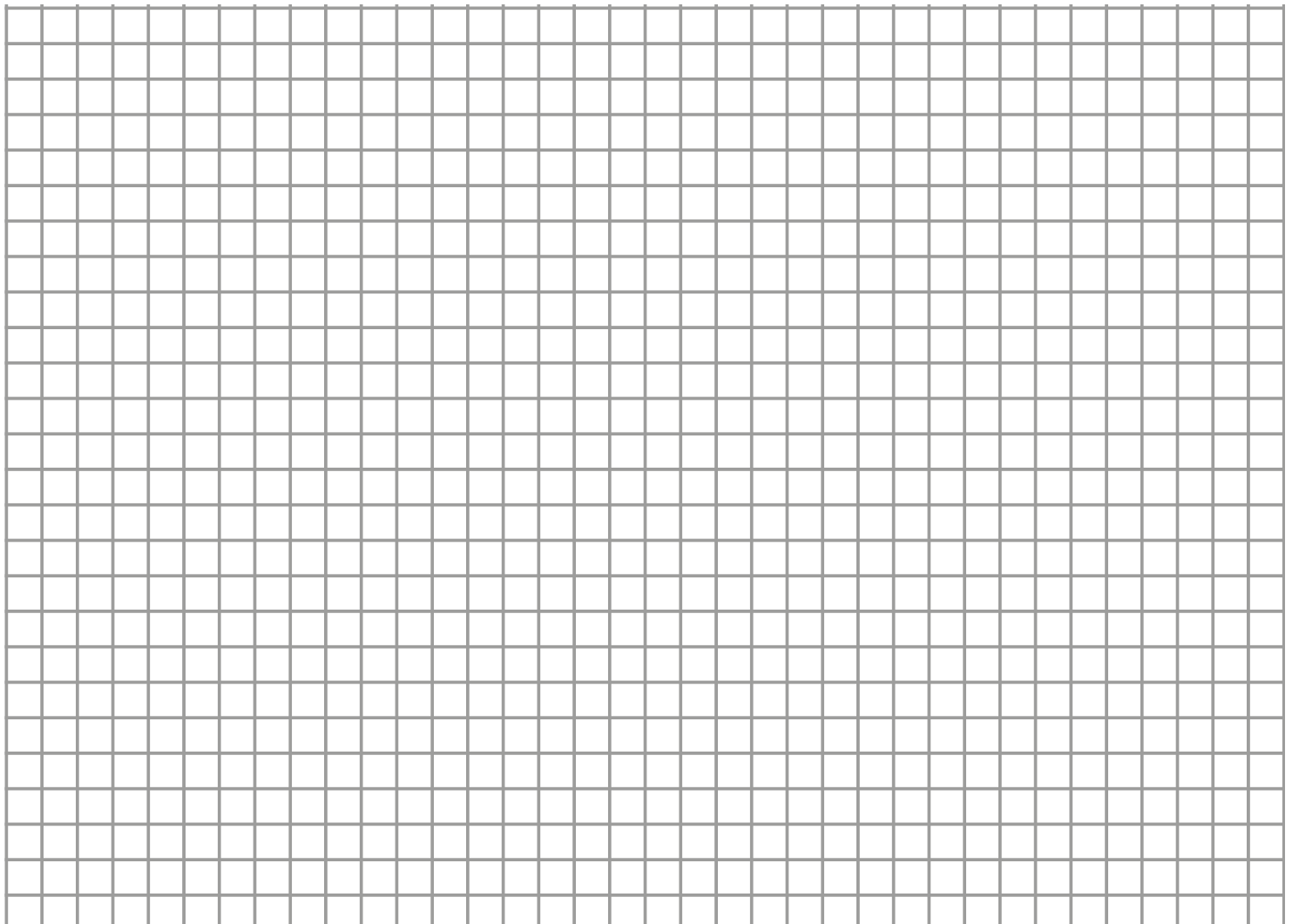
Druckentlastung und Inkontinenzschutz

Echtfellauflage für Sitz nach Maß					Art.Nr. 80/060
Echtfellauflage für Rücken nach Maß					Art.Nr. 80/061
Relaxschaum eingearbeitet in Sitzfläche	weich	mittel	hart	_____cm	Art.Nr. 30/013
Relaxschaum eingearbeitet in Rückenfläche	weich	mittel	hart	_____cm	Art.Nr. 30/013
Nässeschutz für Sitz- und Beckenbereich, coating					Art.Nr. 80/069
Sonstiges	_____				

Beine, Füße

Fußschalen Aluminium					
Fußkappe Aluminium					
Fußbankpolster	Stärke: _____cm				Art.Nr. 30/046
Fersenkantenpolster	Höhe: _____cm	Breite: _____cm			Art.Nr. 30/045
Fußriemen					
2-Punkt Fußpositionierung Größentabelle					
Sonstiges	_____				

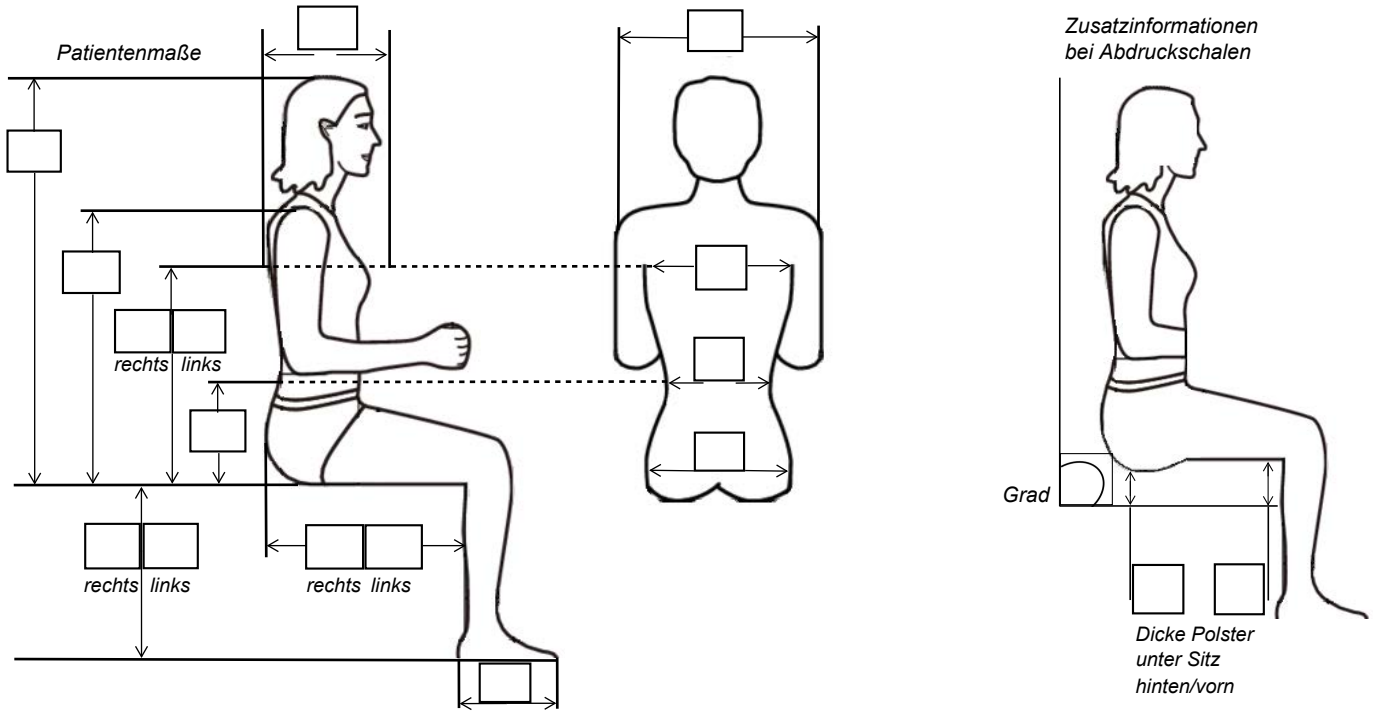
Raum für Skizzen und Zusatzinformationen / wichtige Informationen des Patienten und/oder Besonderheiten (Allergien, Diabetes etc...)





Maßblatt für Körpermaßbogen

Kommission: _____
 Datum: _____
 ADM: _____
 Sanitätshaus: _____



Untergestell

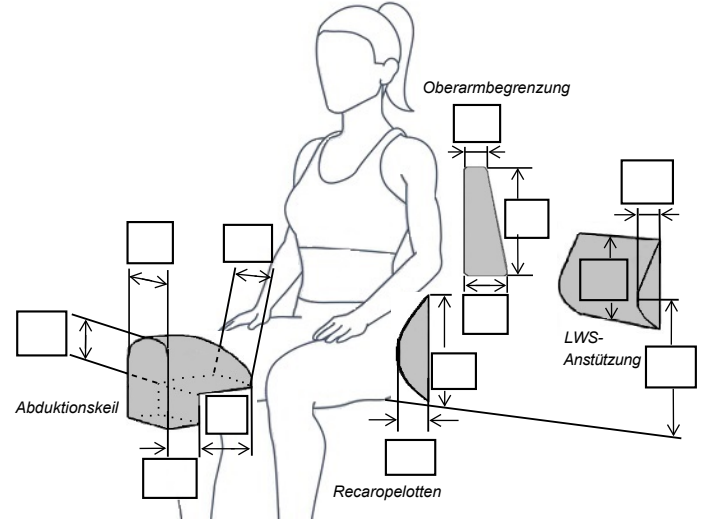
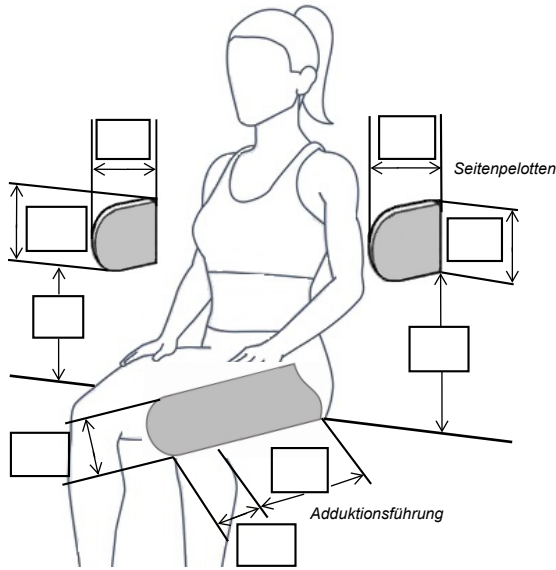
Sitzbreite/-tiefe Rollstuhl / cm Modell Hersteller

Körpermaße	tatsächliches Körpermaß	Körpermaße / fertiges Polstermaß	Schalenmaße / max. Außenbreite des Schalenkorpus	Hinweise auf Abweichung v. Körpermaß
Höhe Scheitel				
Höhe Schulter*				
Brusttiefe*				
Höhe Achsel*	re: li:	re: li:	re: li:	re: li:
Höhe Taille				
Sitztiefe*	re: li:	re: li:	re: li:	re: li:
Unterschenkelänge	re: li:	re: li:	re: li:	re: li:
Unterkante Schulterblatt				
Breite Schulter außen*				
Breite Schulterreckgelenk				
Breite Brust*				
Breite Taille				
Breite Becken*				
Knie Breite				
Patienten Gewicht*				
Körpergröße*				

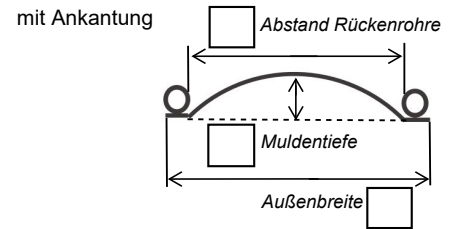
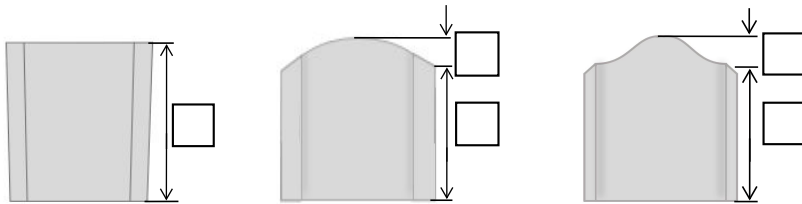
* bitte unbedingt angeben

Maße Zubehör und Teile

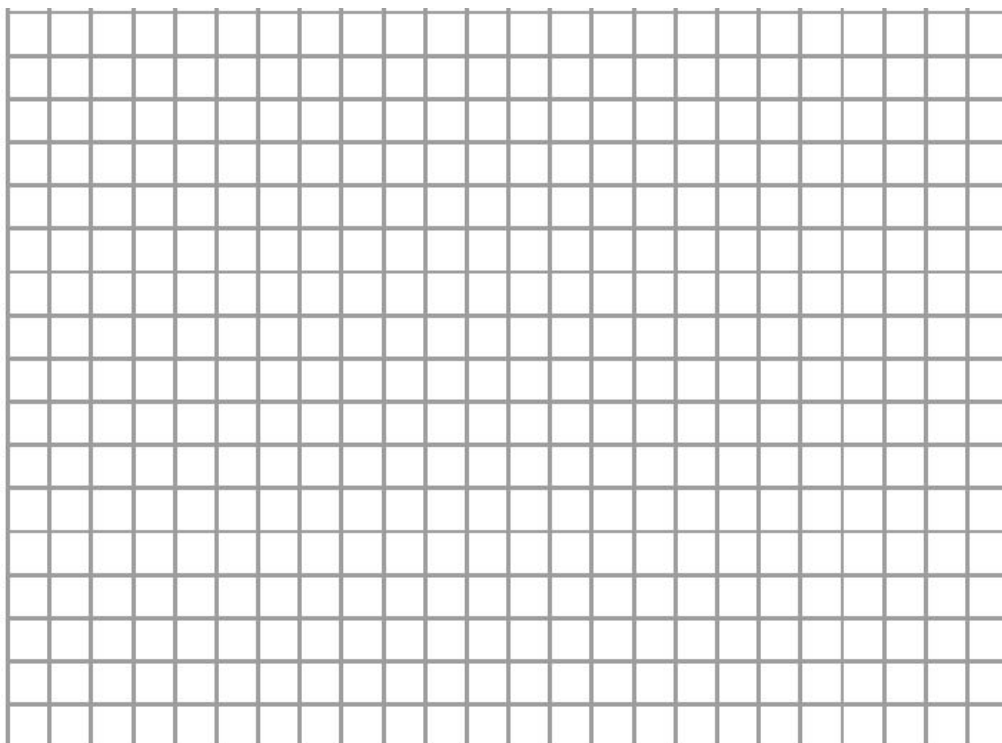
Kommission: _____
 Datum: _____
 ADM: _____
 Sanitätshaus: _____



Grundform Rücken



Raum für Skizzen und Zusatzinformationen



Zusatzinformationen Begurtung

