

# 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 Grundausrüstung

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 <a href="#">Größentabelle</a>				
4-Punkt Oberkörperpositionierung <a href="#">Größentabelle</a>			Stoffnr.:	_____
Brustpositionierung Neopren mit 2 Steckschlössern (unten) <a href="#">Größentabelle</a>				
Brustpositionierung Neopren mit 4 Steckschlössern <a href="#">Größentabelle</a>				
Brustpositionierung Neopren mit Schultereckeneinfassung <a href="#">Größentabelle</a>				
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 <a href="#">Größentabelle</a>				
Halterung Therapietisch				
Tischpolster	Stärke in cm:	_____	Art.Nr.	30/019
Sonstiges	_____			

## Becken

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

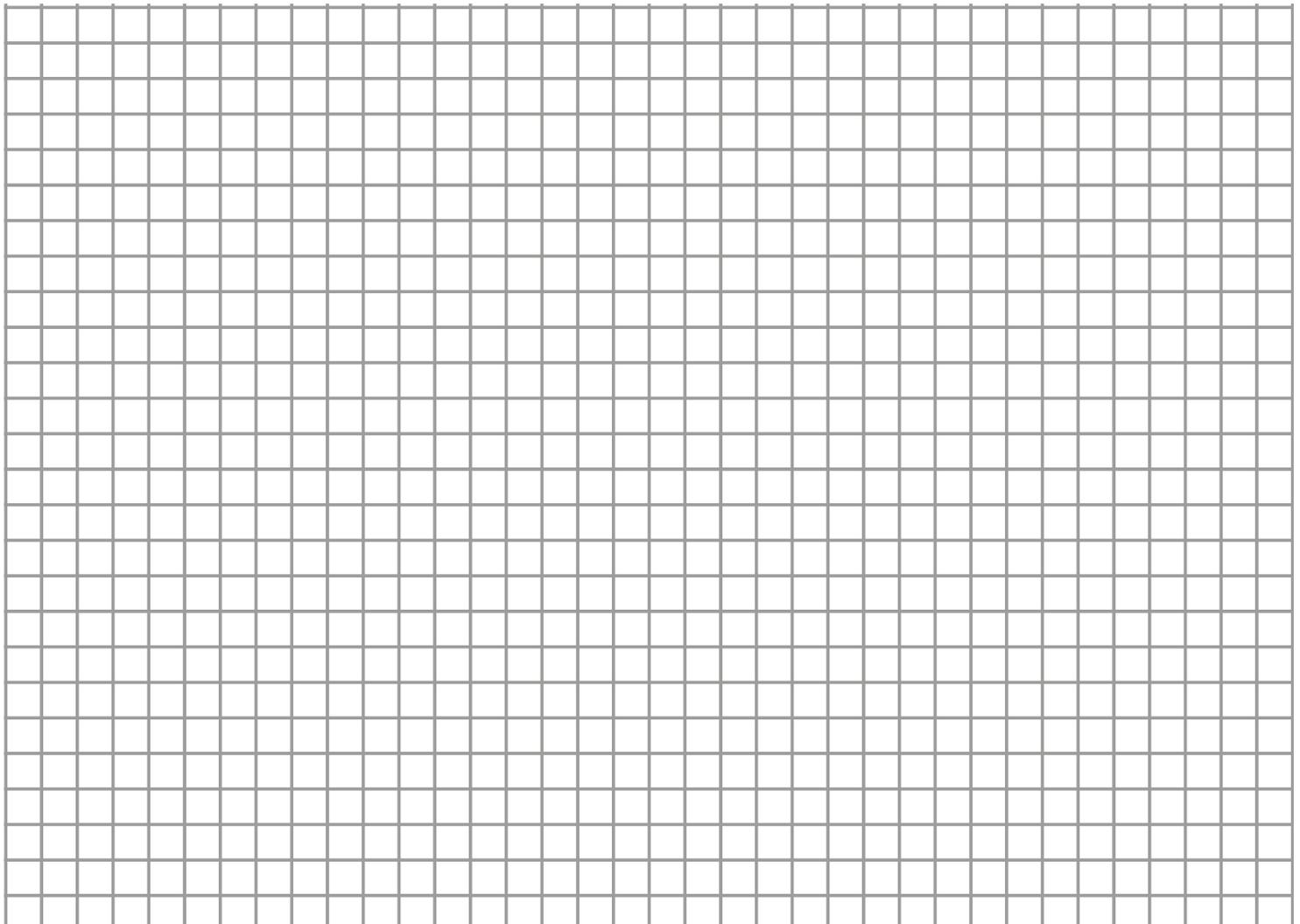
## Druckentlastung und Inkontinenzschutz

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					
<a href="#">Größentabelle</a>					
Sonstiges	_____				

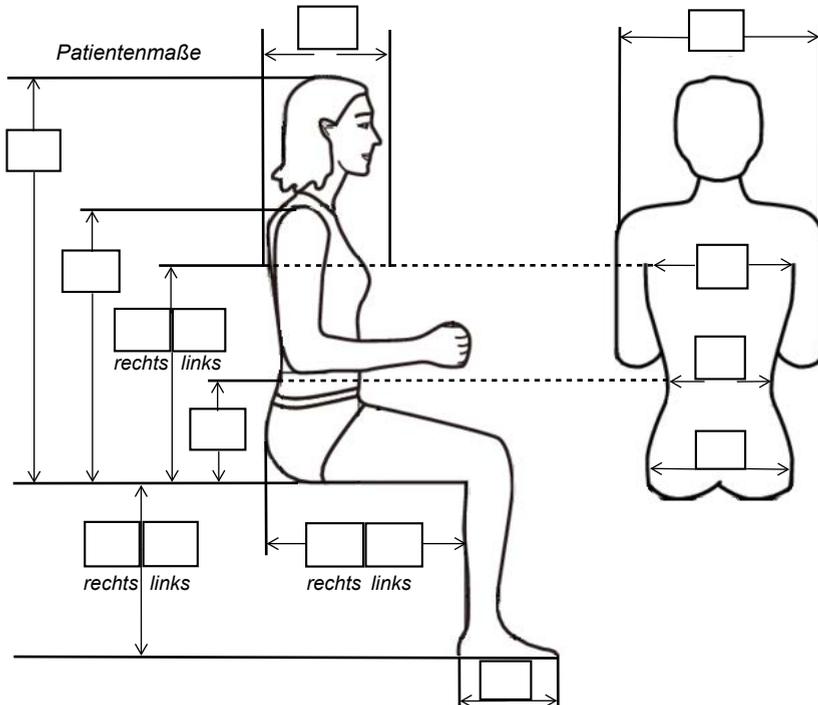
Raum für Skizzen und Zusatzinformationen / wichtige Informationen des Patienten und/oder Besonderheiten (Allergien, Diabetes etc...)



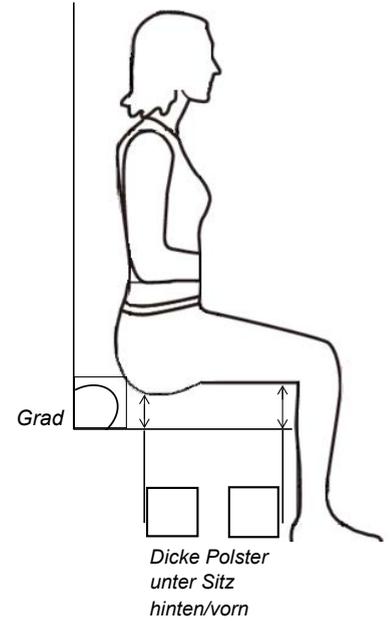


### Maßblatt für Körpermaßbogen

Kommission: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_  
 ADM: \_\_\_\_\_  
 Sanitätshaus: \_\_\_\_\_



Zusatzinformationen  
bei Abdruckschalen



### Untergestell

Sitzbreite/-tiefe Rollstuhl / cm Modell Hersteller

Körpermaße	tatsächliches Körpermaß		Körpermaße / fertiges Polstermaß		Schalenmaße / max. Außenbreite des Schalenkorpus		Hinweise auf Abweichung v. Körpermaß
	re:	li:	re:	li:	re:	li:	
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:
Unterschenklänge	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

