

anatomisches Sitzkissen 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) _____



- A. Sitztiefe: _____ cm
- B. Sitzbreite: _____ cm
- C. Kissenhöhe vorne links: _____ cm rechts: _____ cm
- D. Kissenhöhe hinten links: _____ cm rechts: _____ cm
- E. Muldentiefe für Rücken: _____ cm

Aluverstärkung unter Sitz _____

Bezugsstoff-Nr.: _____

Wechselbezug Stoffnr.: _____

Einhängewinkel hinten _____

Klett/Flausch unter Kissen _____

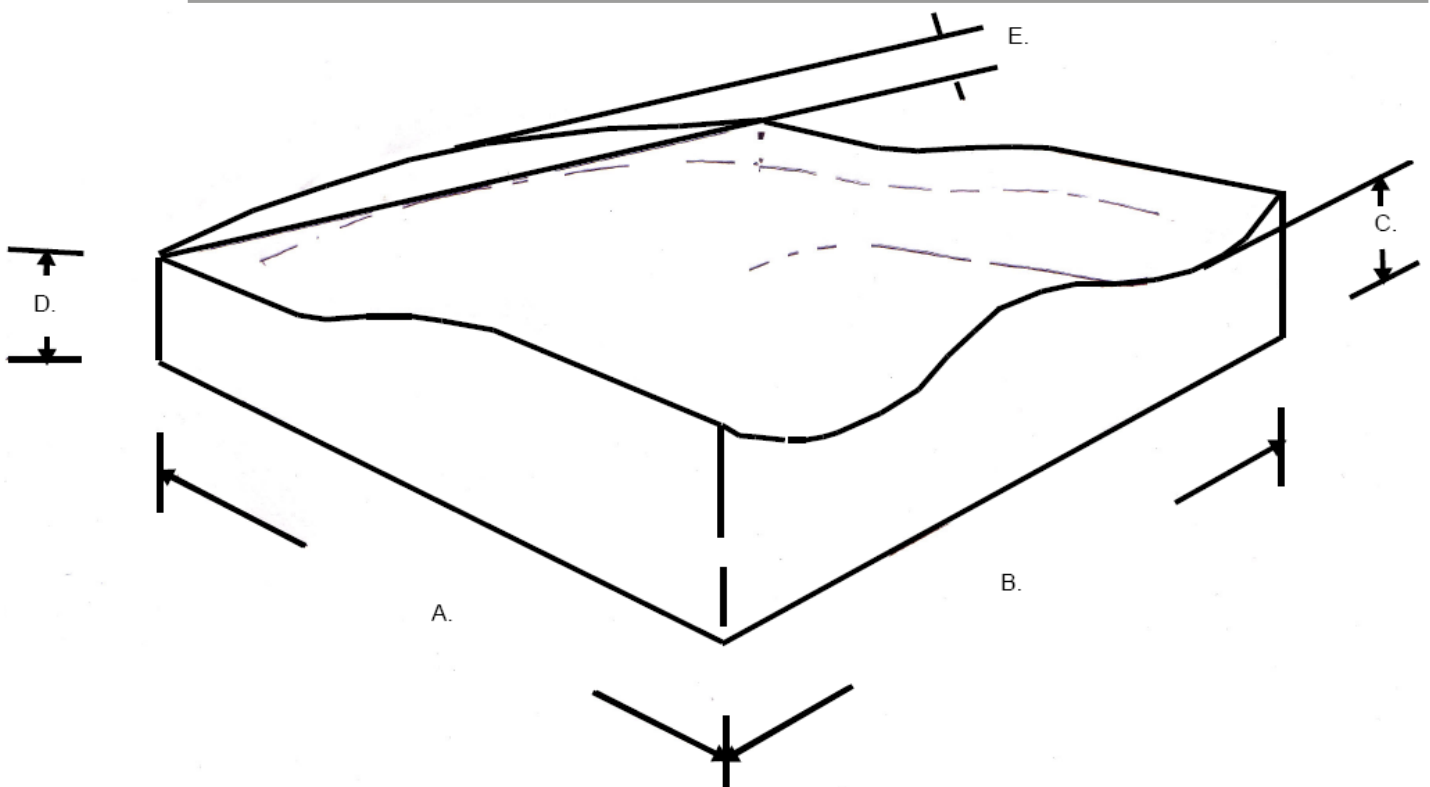
Klett Flausch _____

Anprobe erforderlich _____

mittig am Rand _____

Relax weich Stärke 1 cm
mittel Stärke 2 cm
hart Stärke 3 cm

Sonstiges _____



Skizzenblatt für anatomisches Sitzkissen

Orth GmbH



Kommission: _____
Datum: _____
ADM: _____

Ihr Reha-Zulieferer nach Maß

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, Diabetes, etc...)