Sitzsystem Typ 300

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: _____ /

Durchmesser: _____ /

Rückenrohre

Innenabstand: _____

Durchmesser: _____

Polsterung

☐ Maßpolsterung

☐ Weichschaumabdruck

☐ 3-D Scan-Verfahren

☐ Sitz ☐ Rücken

☐ Durchführung Mitarbeiter Orth GmbH

☐ Durchführung Mitarbeiter Sanitätshaus

☐ UG / RS wird zu Orth GmbH eingeschickt

Bezug

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

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

Schale

☐ Typ 300 Sitzsystem Grundausstattung Art.Nr. 01/003

folgende Artikel sind im Preis enthalten:
Aktivsitz, Aktivrücken, Scharniere, Adduktionsführungen,
Fixierung 90°breiten-/ höhenverstellbare
Rumpfführungspelotte, Abduktionskeil integriert,
Sitzpolster muldenförmig

☐ Rückenwinkelverstellung bitte wählen

☐ Pulverbeschichtung Korpus bitte wählen

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 _____

Arme, Tische

☐ Armlehnen bitte wählen

☐ Armpolster nach Maß Länge: _____cm Breite: _____cm ☐ gerade ☐ Muldenform

☐ Unterarmpositionierung Neopren ☐ links ☐ rechts Art.Nr.: 40/200

☐ Oberarmbegrenzung nach Maß (siehe Maßblatt) ☐ links ☐ rechts Art.Nr.: 30/076

☐ Therapietisch bitte wählen
Größentabelle

☐ Halterung Therapietisch bitte wählen

☐ Tischpolster Stärke in cm _____

Sonstiges _____

Becken

☐ Beckenpositionierung bitte wählen Größe wählen
Größentabelle

☐ Beckenpositionierung spinabetont bitte wählen Größe wählen
Größentabelle

☐ Ummontage der vorh. Begurtung Art.Nr.: 40/111

☐ Sitzkeil nach Maß (siehe Maßblatt) ☐ integriert ☐ klettbar Art.Nr.: 30/011

☐ Sitzhose bitte wählen
Größentabelle

☐ Abduktionskeil bitte wählen

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

☐ Fußbänke — bitte wählen — Größe wählen

☐ mit Fersenkante — bitte wählen

☐ Kniewinkel — bitte wählen — ☐ links ☐ rechts

☐ Fußkasten nach Maß — Höhe: _____cm Breite: _____cm Tiefe: _____cm

☐ Wadenplatte gepolstert nach Maß — Höhe: _____cm Breite: _____cm

☐ Fußschalen Aluminium — Größe wählen — Ausführung — Variante

☐ Fußbankpolster — Stärke: _____cm

☐ Fersenkantenpolster — Höhe: _____cm Breite: _____cm

☐ Fußriemen — bitte wählen

☐ 2-Punkt Fußpositionierung — bitte wählen — Größe wählen
Größentabelle

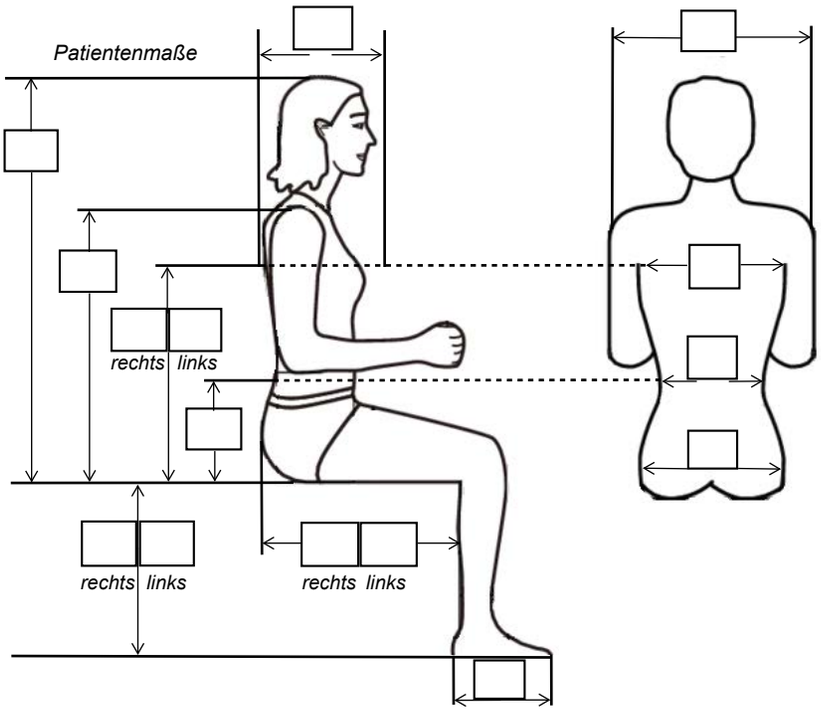
Sonstiges _____

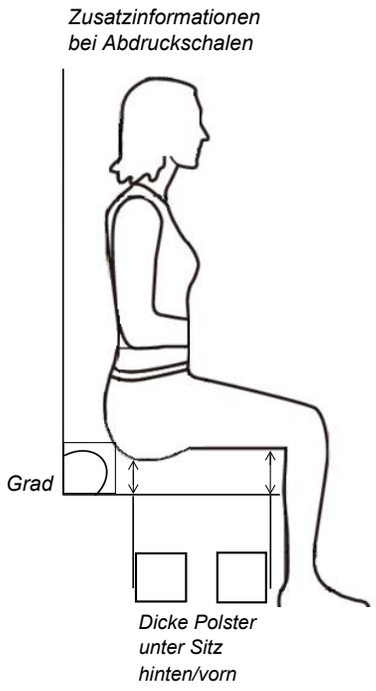
Raum für Skizzen und Zusatzinformationen / wichtige Informationen des Patienten und/oder Besonderheiten (Allergien, Diabetes etc...)

Maßblatt für Körpermaßbogen

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

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





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:
Unterschenkellänge	re: li:	re: li:	re: li:	re: li:
Unterkante Schulterblatt				
Breite Schulter außen*				
Breite Schultereckgelenk*				
Breite Brust*				
Breite Taille				
Breite Becken*				
Knie Breite*				
Patienten Gewicht*				
Körpergröße*				

* bitte unbedingt angeben

Maße Zubehör und Teile

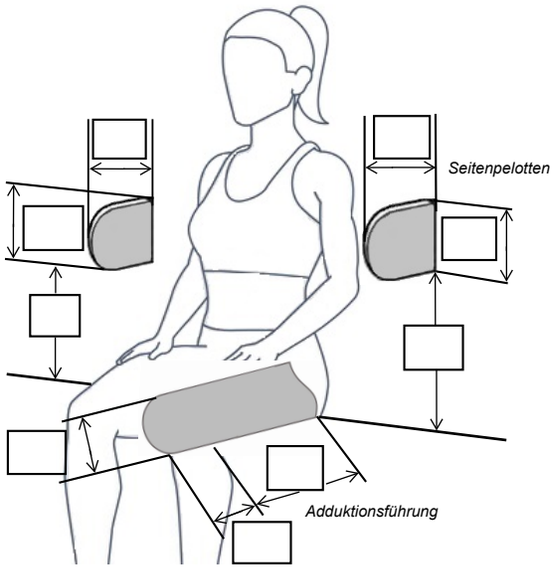
Kommission: _____

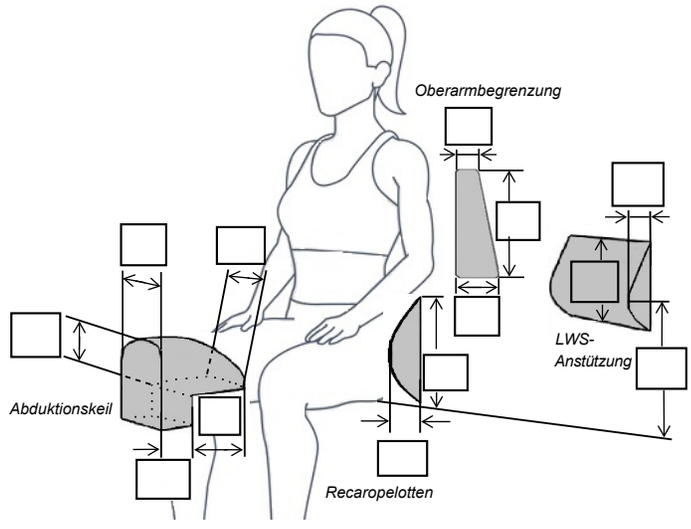
Datum: _____

ADM: _____

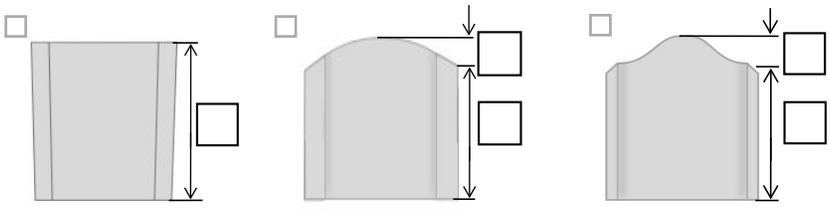
Sanitätshaus: _____

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

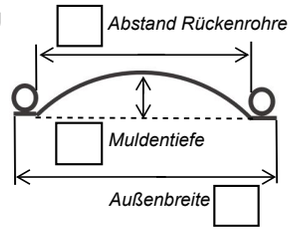




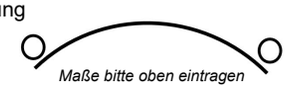
Grundform Rücken

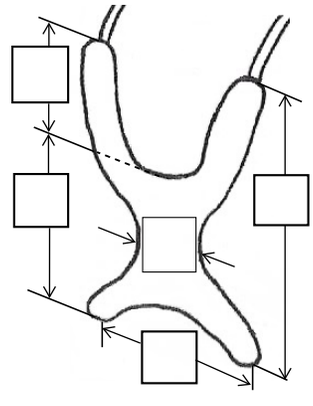


☐ mit Ankantung



☐ ohne Ankantung



Raum für Skizzen und Zusatzinformationen

Zusatzinformationen Begurtung