

Sitzsystem Typ 500

HMV-Nr.: 26.11.03.0001



Orth GmbH

Ihr Reha-Zulieferer nach Maß

Güstrower Chaussee 8a
19395 Plau am See

Tel.: 038738 / 705 94
e-Mail: info@orthgmbh.com



Angebot Bestellung Datum: _____

Kommission: _____

Sanitätshaus: _____

Ansprechpartner: _____

Lieferanschrift: _____

(falls abweichend) _____

verordnender Arzt: _____

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 500 Sitzsystem Grundausstattung
folgende Artikel sind im Preis enthalten:
Sitz, Rücken, 6-teiliger Polsterträgersatz mit
Grundpolster, Scharniere, Fixierung, Sitzpolster
anatomisch und Adduktionsführungen

Art.Nr. 01/002

Rückenwinkelverstellung

Pulverbeschichtung Korpus

Sonstiges _____

Adaption

Adaption Sitz

Adaption Rücken

Sonstiges _____

Kopf

Kopfstützenpolster (inkl. Bezug)

[Größentabelle](#)

Bezug Kopfstützenpolster

Stoffnr.: _____

Kopfstützenhalter

Gurtführung

Sonstiges _____

Rumpf

Rumpfführungspelotte	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
zusätzliche Option	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Brustschulterbeckenpelotten Größentabelle		
4-Punkt Oberkörperpositionierung Größentabelle		
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
Schlitzte einarbeiten für Begurtung in Polster und Schalenkorpus		Art.Nr. 10/017
Sonstiges	_____	

Arme, Tische

Armlehnen					
Armpolster nach Maß	Länge: _____cm	Breite: _____cm	gerade	Muldenform	Art.Nr. 30/052
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					
Schlitzte 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					
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	<hr/>				

Beine, Füße

Fußbänke

mit Fersenkante

mit Spitzfußdynamik

Kniewinkel

links rechts

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

Art.Nr. 30/050

Wadenplatte gepolstert Höhe: _____cm Breite: _____cm

Art.Nr. 30/038

Fußschalen Aluminium

Fußbankpolster Stärke: _____cm

Art.Nr. 30/046

Fersenkantenpolster Höhe: _____cm Breite: _____cm

Art.Nr. 30/045

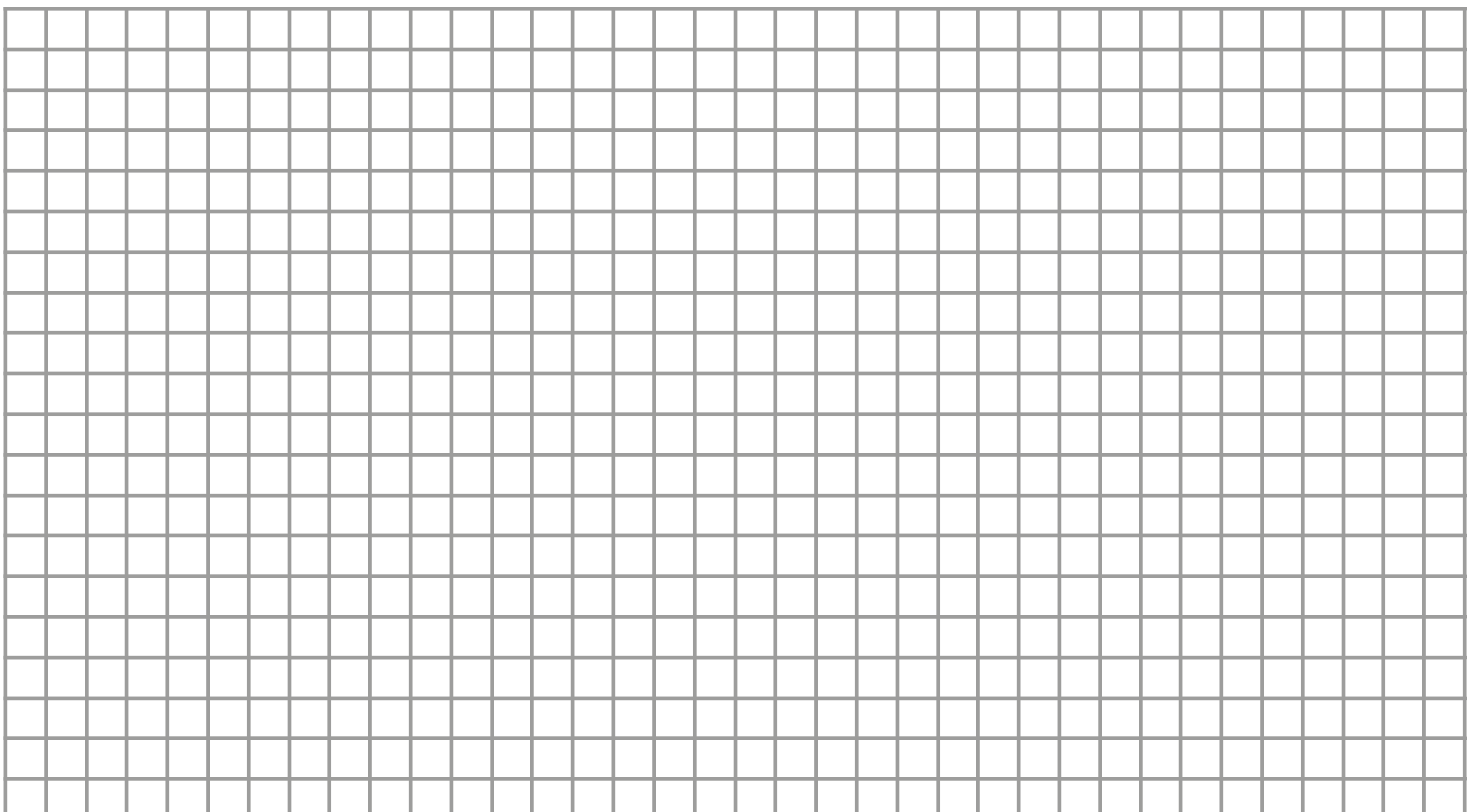
Fußriemen

2-Punkt Fußpositionierung

[Größentabelle](#)

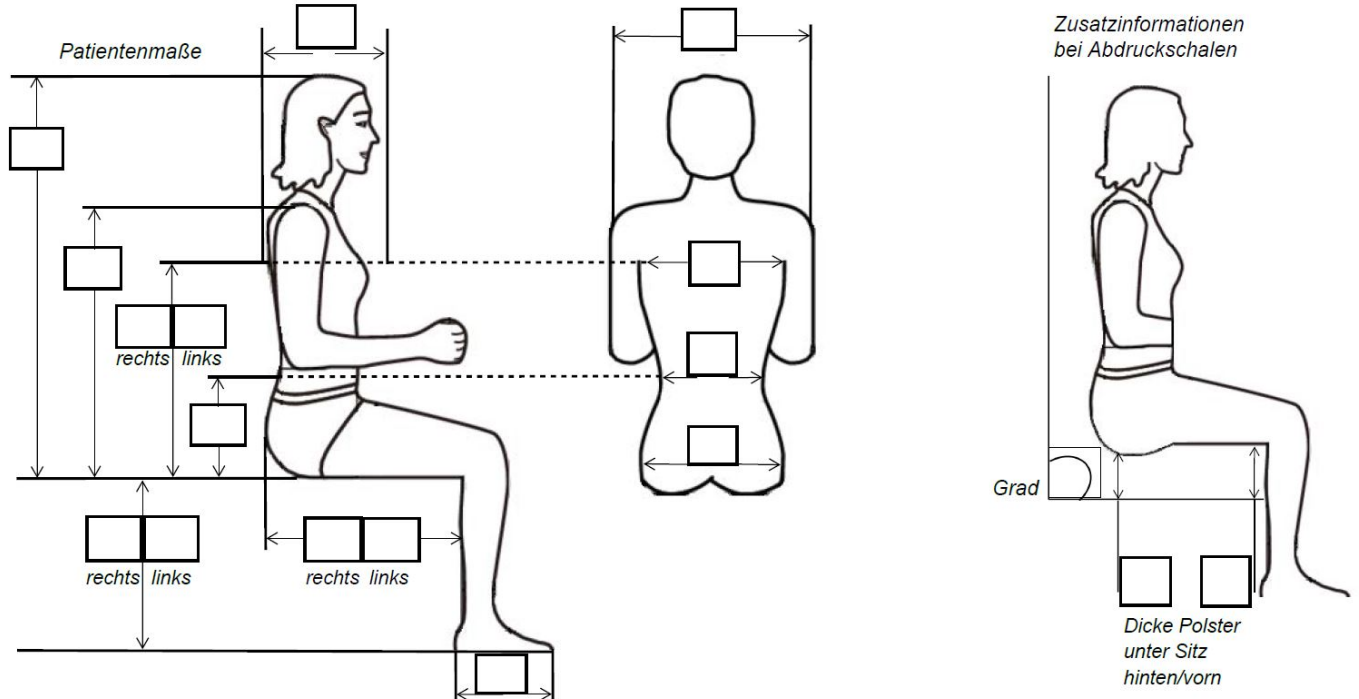
Sonstiges

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:
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

