

Sitzsystem Typ 700

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

3-D Scan-Verfahren

Durchführung Mitarbeiter Sanitätshaus

wird zu Orth GmbH
eingeschickt

Bezug

Sitz

Rücken

Unterbezug Sitz

Oberbezug Sitz

Stoffnr.: _____

Wechselplatte Sitz

Stoffnr.: _____

Unterbezug Rücken

Oberbezug Rücken

Stoffnr.: _____

Wechselplatte Rücken

Stoffnr.: _____

Schale

Typ 700

Art.Nr. 70/700

Sitzsystem Grundausstattung

folgende Artikel sind im Preis enthalten:

dynamische Rückeneinheit inkl. Biomechanik im Rücken, Sitz-,
Rücken-2-teiliger Polsterträgersatz mit Grundpolster, physiologischer
Drehpunkt und Adduktionsführung

bitte wählen Sie die Stärke der Gasdruckfeder

Sonstiges _____

Adaption

Adaption Sitz

Adaption Rücken

Sonstiges _____

Kopf

Kopfstützenpolster (inkl. Bezug)

[Größentabelle](#)

Bezug Kopfstützenpolster

Stoffnr.: _____

Kopfstützenhalter

seitlich verstellbar

Gurtführung

Sonstiges _____

Rumpf

Rumpfführungspelotte

rechts

links

zusätzliche Option

rechts

links

Brustschulterbeckenpelotten

[Größentabelle](#)

4-Punkt Oberkörperpositionierung

[Größentabelle](#)

Stoff-Nr.: _____

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

Sonstiges _____

Arme, Tische

Armlehnen

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

[Größentabelle](#)

Halterung Therapietisch

Tischpolster

Stärke in cm _____

Sonstiges _____

Becken

Beckenpositionierung

[Größentabelle](#)

Beckenpositionierung
spinabetont

[Größentabelle](#)

Ummontage der vorh. Begurtung

Art.Nr.: 40/111

Sitzkeil nach Maß (Skizze fertigen)

integriert

klettbar

Art.Nr.: 30/011

Sitzhose

[Größentabelle](#)

Abduktionskeil

Sonstiges _____

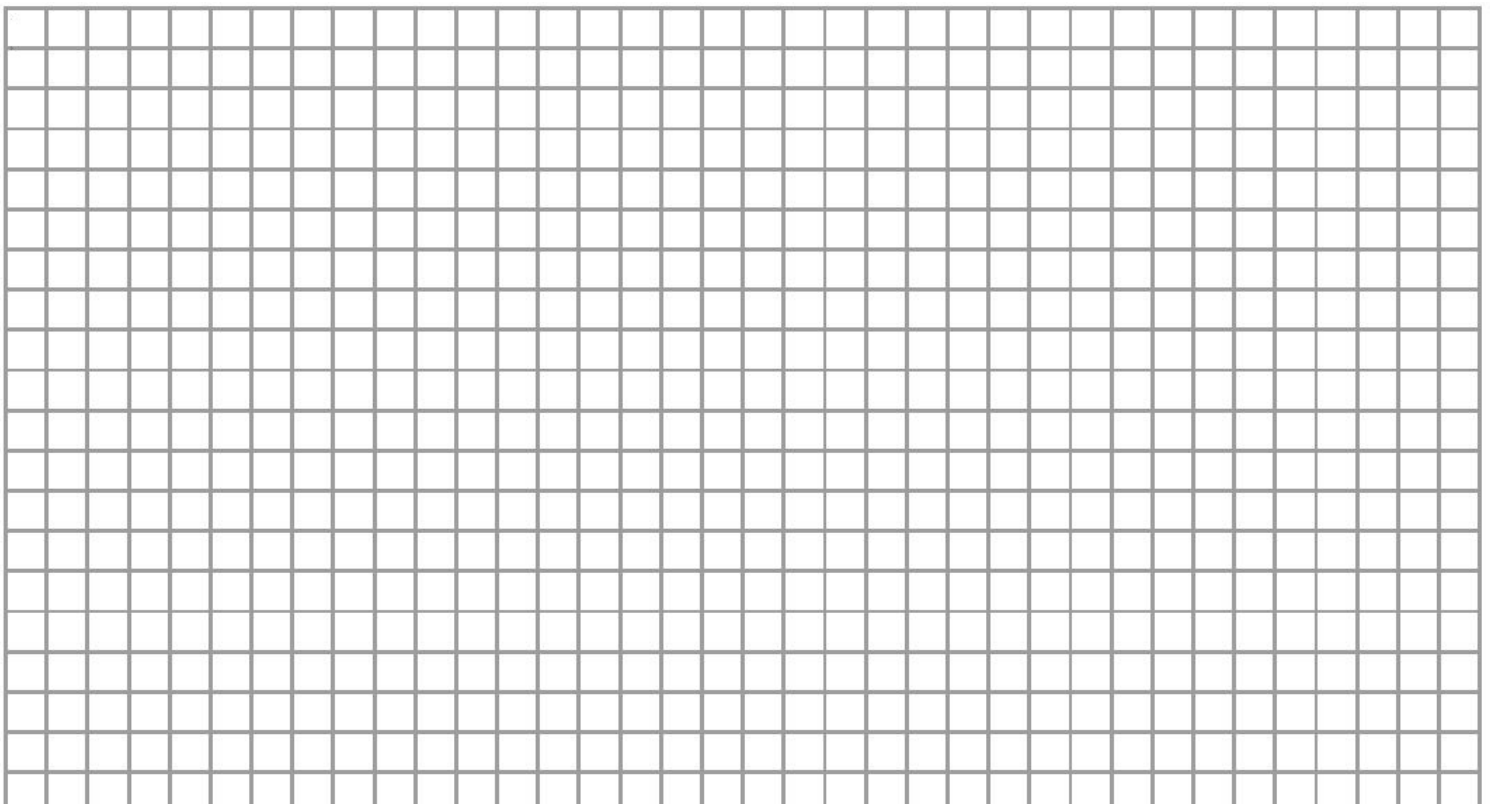
Druckentlastung und Inkontinenzschutz

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					Größe
mit Fersenkante					mit Spitzfußdynamik
Kniewinkel					links rechts
Fußkasten nach Maß	Höhe: _____cm	Breite: _____cm	Tiefe: _____cm		
Wadenplatte gepolstert	Höhe: _____cm	Breite: _____cm			
Fußschalen Aluminium					
Fußbankpolster	Stärke: _____cm				
Fersenkantenpolster	Höhe: _____	Breite: _____			
Fußriemen					
2-Punkt Fußpositionierung					
Größentabelle					
Sonstiges	<hr/>				

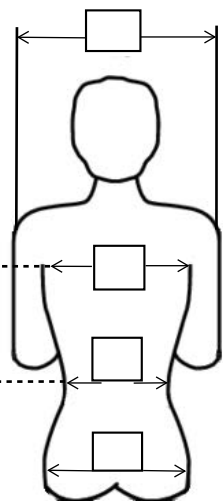
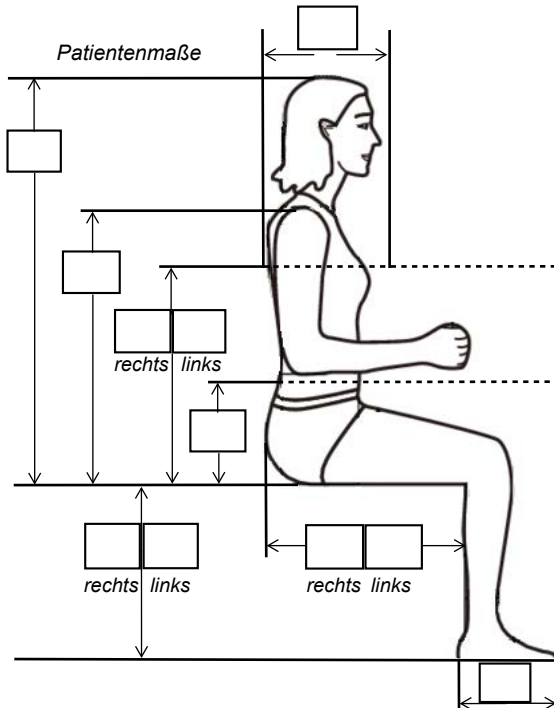
Raum für Skizzen und Zusatzinformationen / wichtige Informationen des Patienten und/oder Besonderheiten (Allergien, Diabetes etc...)



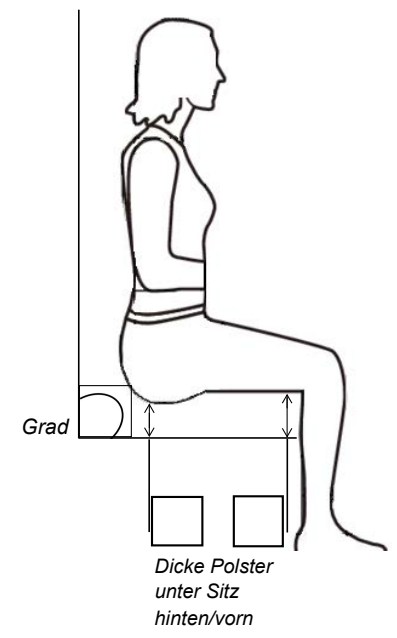


Maßblatt für Körpermaßbogen

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



Zusatzinformationen
bei Abdruckschalen



Untergestell

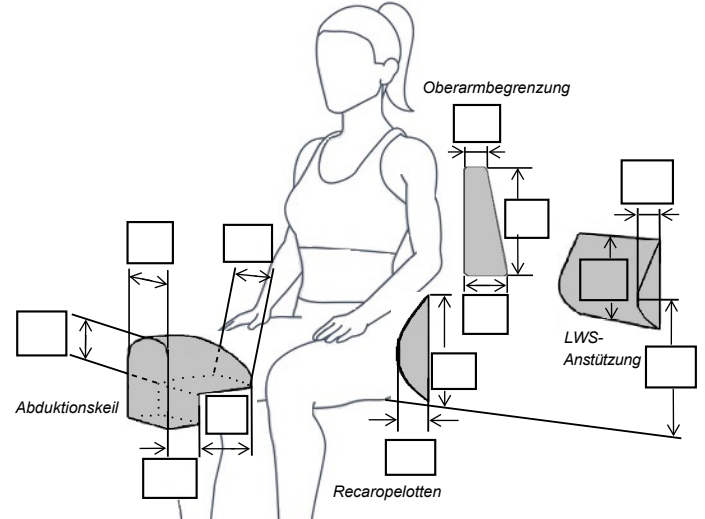
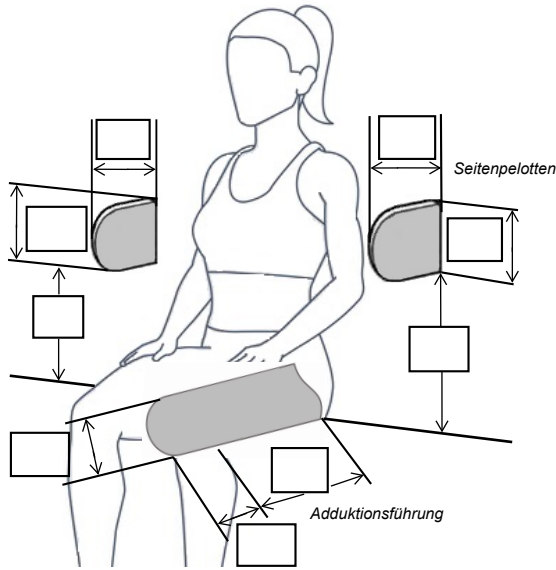
Sitzbreite/-tiefe Rollstuhl / cm Modell Hersteller

Körpermaße	tatsächliches Körpermaß	Körpermaße / fertiges Polstermaß	Schalenmaße / max. Außenbreite des Schalenkorpus	Hinweise auf Abweichung v. Körpermaß
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*				

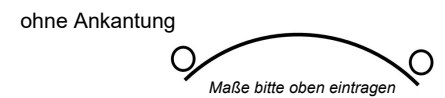
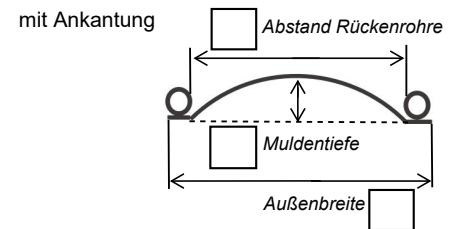
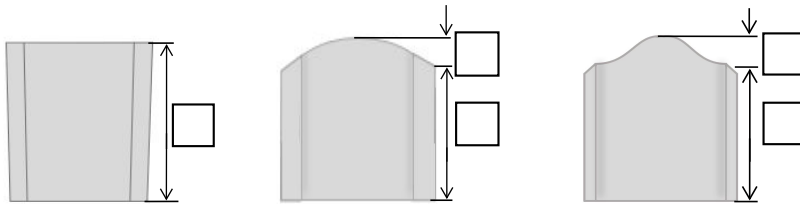
* bitte unbedingt angeben

Maße Zubehör und Teile

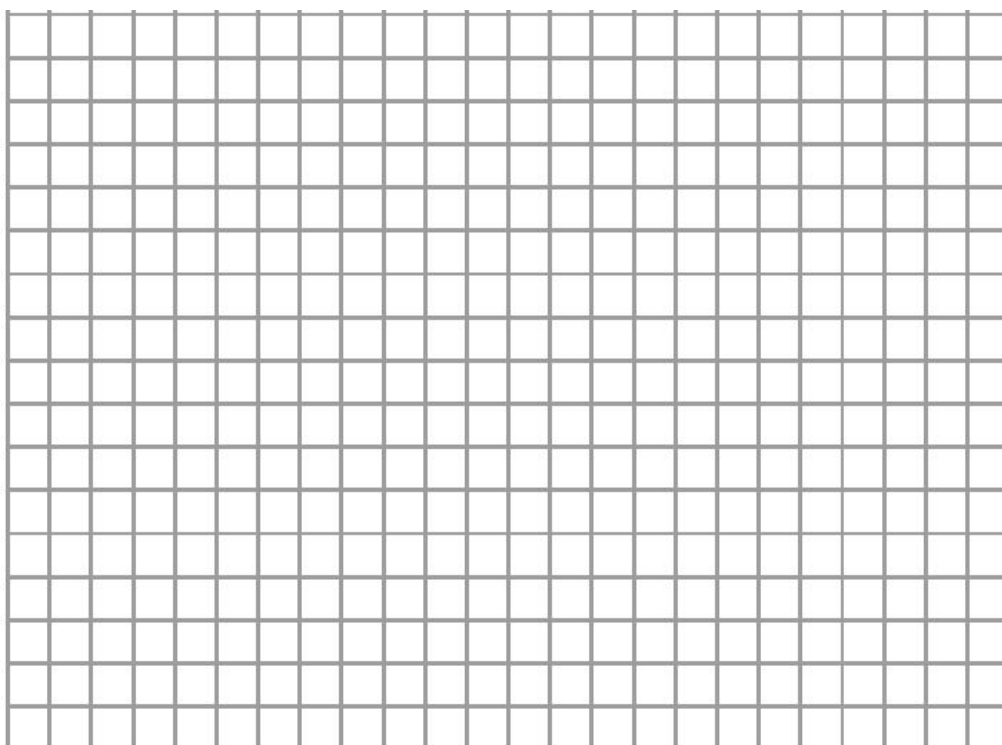
Kommission: _____
 Datum: _____
 ADM: _____
 Sanitätshaus: _____



Grundform Rücken



Raum für Skizzen und Zusatzinformationen



Zusatzinformationen Begurtung

