

ANPASSBOGEN für Sitzschalen

Angebot/KV Auftrag

| | |
|-----------------|---------------|
| Patient: | Fachhändler: |
| Geb. Datum: | Mitarbeiter: |
| Telefon: | Kostenträger: |
| Krankheitsbild: | Bemerkung: |

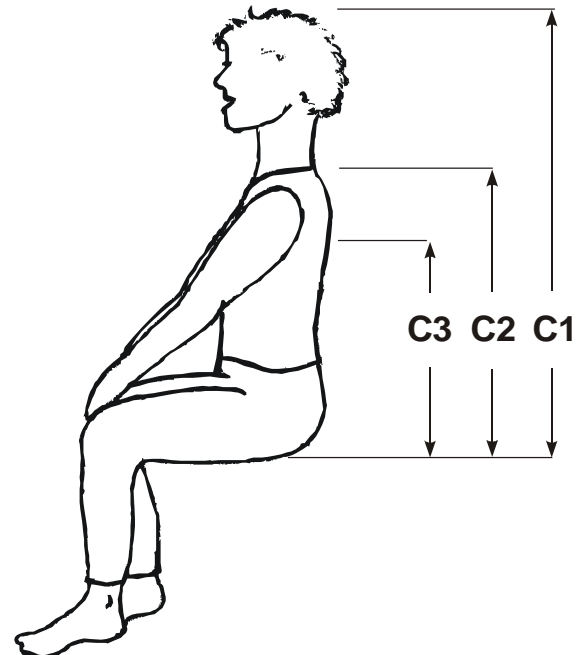
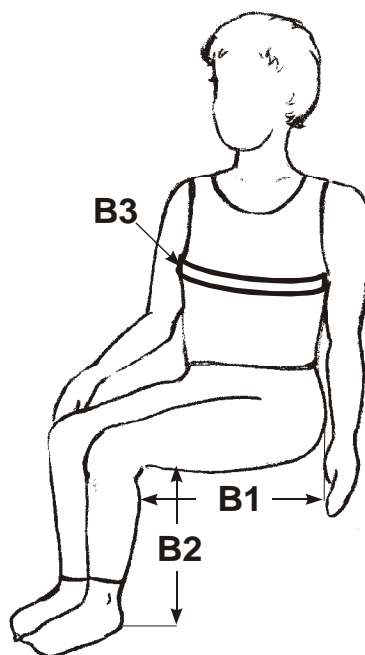
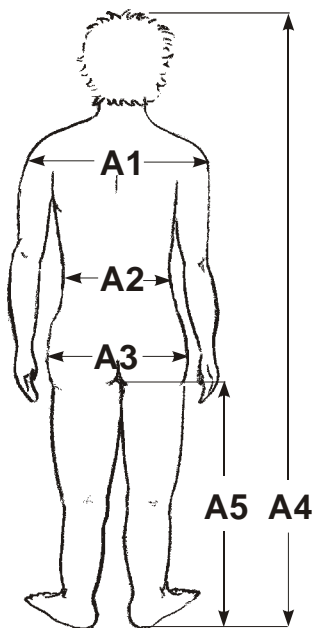
Artikel

Farben (siehe Farbtabelle)

Stoffe (siehe Farbtabelle)

| Typ/Größe | | | | | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--|--|--|--|
| Art. Nr.: | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

Maße



A1 Schulterbreite _____ cm
 A2 Taillenbreite _____ cm
 A3 Sitzbreite _____ cm
 A4 Körpergröße _____ cm
 A5 Schrittlänge _____ cm

B1 Sitztiefe
 Links _____ cm rechts _____ cm
 B2 Unterschenkel _____ cm
 B3 Brustumfang _____ cm

C1 bis Kopf _____ cm
 C2 bis Schulter _____ cm
 C3 bis Achsel _____ cm
 Gewicht _____ kg

Stand 01/2010