

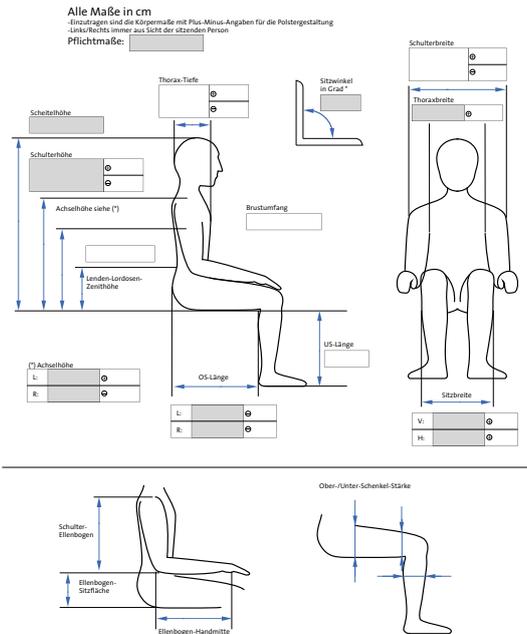
KONFIGURATION

Kommission

FAX AN: 02841 - 9 99 69 88

Bestellung Kostenvoranschlag Dokument wurde eingescannt
Rechnungsanschrift Lieferanschrift Kundenanschrift

Datum
Besteller
KD-Nr.
Auftrags-Nr.



nächster Termin:
Zusatzinformationen

Patienten Informationen

Diagnose:

Informationen:	Geburtsdatum	Größe im Stehen (cm)	Gewicht (kg)
Beeinträchtigung der Körperseite:	Links Rechts	Arme Beine	
Mobilität:	Greifen möglich	Armbewegung möglich	Gehen möglich
Sinnes Möglichkeiten:	Sehen Hören	Essen Trinken	
Körperliche Funktionsstörung:	Inkontinent	Druckstellen	
Körperliche Fehlstellung:	Hüftluxation	Rechts Links	Skoliose Rechts Links
Einrichtung:	Frühförderung	Kita Schule	WfbM Wohnstätte/Heim
Therapeutische Behandlung:	Einrichtung	Praxis	zu Hause

Hilfsmittelversorgung

vorhandene Hilfsmittel:	Rollstuhl Aktiv Leichtgewicht Standard Fußstützen höhenverstellbar
	elektr. Schiebehilfe elektr. Zusatzantrieb Elektrorollstuhl Rampen Treppenhilfe
	Laufhilfe Stehhilfe Badehilfe Toilettenhilfe Haltegriffe Bett
	Fußorthesen anatomische Sitzkissen Dekubitus Sitzkissen
	Sitzschale nach Maß nach Abdruck Zimmergestell Straßenfahrgestell Therapiestuhl
	Autositz Kopfschutz Badeliege Therapierad Therapedreirad

erforderliche Hilfsmittelversorgung:

Kommission

Datum

Besteller

KD-Nr.

Auftrags-Nr.

Informationen/Zeichnungen: