SUNRISE MEDICAL

ZuBE_B4M-d / 01.14

Anfrageformular Sonderbau

built4me

Bitte füllen Sie auch das Bestellformular des Produktes aus, auf welches sich der Sonderbau bezieht

Rechnungsadresse:	Versandadresse:
Firma:	Firma:
Strasse:	Strasse:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Fon: Fax:	Fon: Fax:
Kommission:	Sunrise Medical Auftragsnummer:

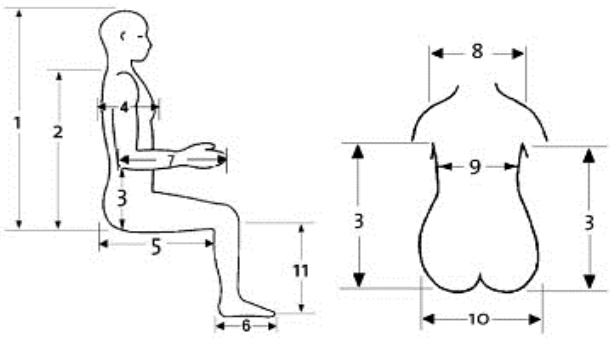
Beschreibung des gewünschten Sonderbaus: (Zeichnungen, Skizzen, etc. können sehr hilfreich sein!)

Falls möglich, fügen Sie auch Bilder der aktuellen (Sitz-)Haltung im Rollstuhl bei

Angaben zur Person **cm**

Art der Behinderung		
1	Kopf oben bis Sitzfläche	
2	Schultern oben bis Sitzfläche	
3	Unterarm unten bis Sitzfläche	
4	Brusttiefe	
5	Oberschenkellänge	
6	Fusslänge	
7	Armlänge	
8	Schulterbreite	
9	Brustbreite	
10	Hüftbreite	
11	Unterschenkellänge rechts	
11	Unterschenkellänge links	

Gewicht: _____



Weitere wichtige Infos Diese helfen unseren Experten die bestehende oder künftige Bedürfnisse besser zu verstehen und eine optimale Lösung auszuarbeiten.

Aktueller Rollstuhl: Produktname (manuell oder Elektro, Antriebsradposition, usw.)

Umgebung (Einschränkungen innen, Einsatz im Freien, Oberflächen, Bordsteine, Böschungen, usw.)

Aktivitäten (wie lange täglich im Rollstuhl? Arbeit oder Schule? Autofahrer? usw.)