

Anfrage für Elektrorollstuhlabgabe ab IV-Depot

			Datum	
Hilfsmittlempfänger / Hilfsmittlempfängerin			Adresse AuftraggeberIn / Therapiestelle	
Vorname, Name				
Strasse, Nr.				
PLZ, Wohnort, Kanton				
Geburtsdatum		Austrittsdatum	Telefon	
Diagnose:			Adresse Kontaktperson	
Körpermasse	Gewicht	kg	Grösse	cm
Telefon Geschäft	Telefon Privat		Telefon Mobil	
Sozialversicherungsnr.			Telefon	

Masse in cm

	SB	Sitzbreite	
	ST	Sitztiefe	
	RH	Rückenhöhe	
	SHv	Sitzhöhe vorne	
	SHh	Sitzhöhe hinten	
	USL	Unterschenkel	
	1)	Armlehnenhöhe	
	2)		
GB	Gesamtbreite		

Sitzkissen:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Antidekubitus	<input type="checkbox"/> ohne
Bereifung vorne:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Racing	<input type="checkbox"/> Vollgummi
Bereifung hinten:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Racing	<input type="checkbox"/> Vollgummi *
Armlehnen:	<input type="checkbox"/> Fest	<input type="checkbox"/> Rückschiebbar	<input type="checkbox"/> höhenverstellbar
Fersenband:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> keine
Wadenband:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Steuerung	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Rechts	<input type="checkbox"/> Spezial
Sitzneigung	<input type="checkbox"/> starr	<input type="checkbox"/> El. verstellbar	
Rücken:	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> El. Verstellbar	<input type="checkbox"/> spezial *
Rücken:	<input type="checkbox"/> gerade	<input type="checkbox"/> Lumbalstütze	
Bein/Fuss-Stützen:	<input type="checkbox"/> abnehmbar	<input type="checkbox"/> El.verstellbar	<input type="checkbox"/> winkelverstellbar
Rucksack	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Tisch:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Hemitisch
Armschale:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Kopfstütze	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> keine	
Stockhalter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besonderes:			
Begründung, erforderlich für *:			

Depotstelle	Tel.
	Fax
	E-Mail
Sachbearbeitung	www.sahb.ch

Hilfsmittel im IV-Depot verfügbar	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HM-Versorgung fachtechnisch nicht beurteilt		
Datum		Visum