

Kopfschutzversorgung der Serie Starlight®

Name/Firma

Anonymisierte Kommission

Sturzhäufigkeit ☐ selten ☐ häufig ☐ sehr häufig
Fallrichtung ☐ vorn ☐ hinten ☐ links ☐ rechts
☐ Ist mit einer Gefährdung der Schädeldecke oder selbstverletzendem Verhalten zu rechnen.

Krankheitsbild:

Alter:

Aktivitätsniveau:

Die Kopfmaße bestimmen Sie, indem Sie ein flexibles Maßband (schmales Schneiderband) gemäß der unten abgebildeten Skizzen anlegen.

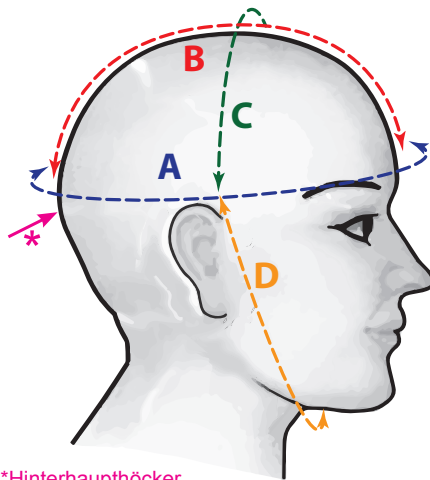


Weitere Hinweise zur richtigen Maßnahme für Ihren Kopfschutz finden Sie auf unserer Homepage unter www.ato-form.com/de/kopfschutz oder über diesen QR-Code.



Allgemeine Maßangaben

Abb. 1



*Hinterhaupthöcker

A _____ cm
(Kopfumfang Augenbraunhöhe über Hinterhaupthöcker)

B _____ cm
(Mitte zwischen Augenbrauen bis Oberkante Hinterhaupthöcker)
Achtung! Das B-Maß ist häufig 1 – 4 cm länger als das C-Maß.

C _____ cm
(Quer über den Kopf - von A-Maßlinie bis A-Maßlinie)

D _____ cm
(Unter dem Kinn entlang - von A-Maßlinie bis A-Maßlinie)

Wichtige Hinweise zum Ausfüllen des Formulars

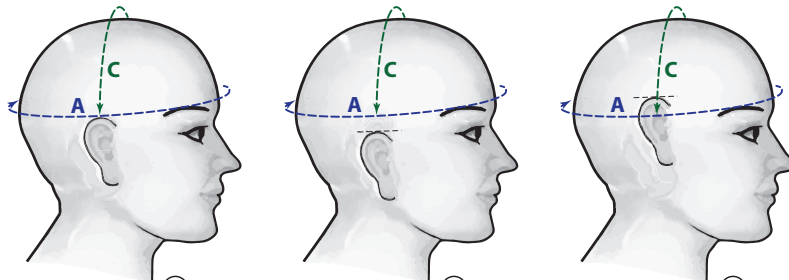
Der Anpassbogen ist nur gültig in Verbindung mit einem vollständig ausgefüllten Bestellbogen.

Bei einer Sonderanfertigung ist die Bestellung eines Rohlings zwingend erforderlich.

Sie haben mit dem Rohling die Möglichkeit, kleinere Korrekturen vorzunehmen.

Position der Ohren am Kopf

Abb. 2



Rechte Seite* ☐ normal

☐ niedrig

☐ hoch

Linke Seite* ☐ normal

☐ niedrig

☐ hoch

*aus der Sicht des Patienten

Achtung

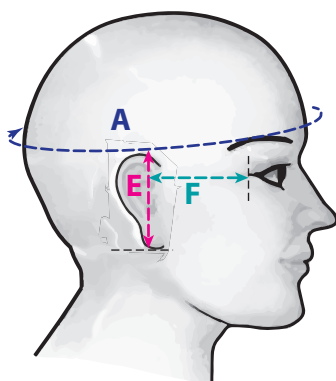
Im Idealfall befinden sich die Ohrspitzen auf der A-Maßlinie.

Achten Sie bei abweichender Position unbedingt darauf, dass das C-Maß quer über den Kopf, von A-Maßlinie bis zur A-Maßlinie, genommen wird.

Bei asymmetrischem Ohransatz geben Sie uns bitte in dem unten stehenden Feld unter Bemerkungen eine aussagekräftige Beschreibung.

Maßangaben Position der Ohren

Abb. 3



A-Maßlinie bis Unterkante Ohren, Position der Ohren

E _____ cm
(Augenbraunhöhe – A-Linie bis Unterkante Ohrfläppchen)

F _____ cm
(Abstand Augenwinkel/Ohr E-Linie)

Ohrmaß

Abb. 4

G _____ cm
(Höhe des Ohrs)

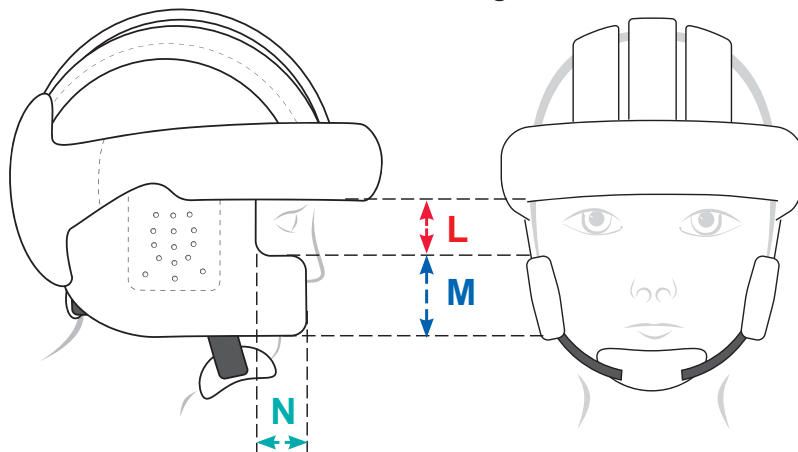
H _____ cm
(Breite des Ohrs)



Kopfschutzversorgung der Serie Starlight®

Auszufüllen bei Bedarf eines Wangenschutzes!

Abb. 5



Größe und Position des Wangenschutzes

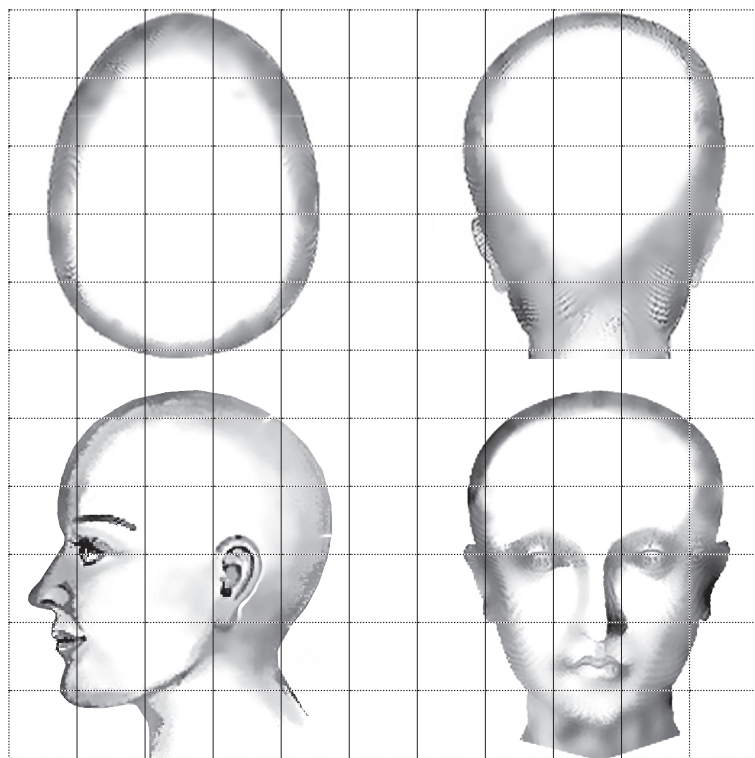
L _____ cm
(Höhe des Freiraums vom Stirn- zum Wangenschutz)

M _____ cm
(Höhe des Wangenschutzes)

N _____ cm
(Breite des Wangenschutzes)

Schädelperspektiven

Abb. 6



Beschreiben Sie bei anatomischen Auffälligkeiten die Kopfform möglichst genau.

Bei Bedarf ausdrucken und in den nebenstehenden Zeichnungen die Stirn und/oder Schädelform korrigieren, bzw. sonstige Abweichungen eintragen.

Gegebenenfalls sind hier Fotos sehr hilfreich.

Anonymisierte
Kommission

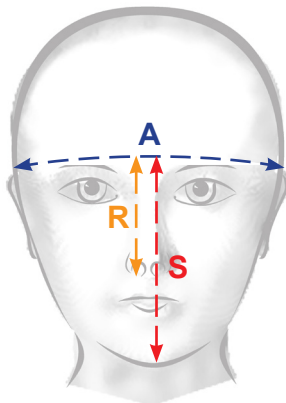
Name/Firma

Kopfschutzversorgung der Serie Starlight®

Zusätzliche Maßangaben bei Versorgung mit einem Xtra-Gesichtsschutz

Abb. 7

Achtung! Bei einer Versorgung mit Xtra-Gesichtsschutz sind auch die Maßangaben für die Ohren (Abb. 3 und 4) zwingend erforderlich!

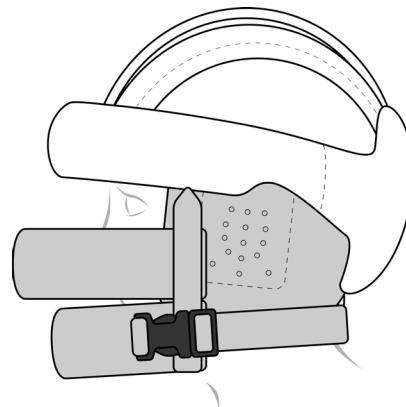


Nur für die Modelle

Starlight® Protect Plus und
Starlight® Go Sport Plus

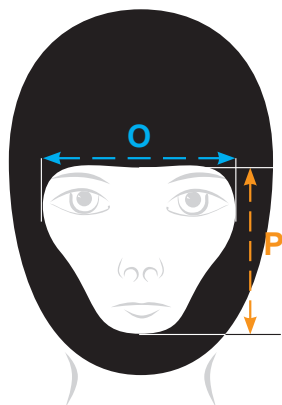
R _____ cm
(Maßlinie A bis runter zur
Nasenspitze)

S _____ cm
(Maßlinie A bis runter zum Kinn)



Zusätzliche Maßangaben bei einer Versorgung mit einem Vollschutzhelm

Abb. 8



**Größe des
auszusparenden
Gesichtsfeldes**

O _____ cm
(Breite – Gesichtsfeld auf Höhe
der Augen)

P _____ cm
(Höhe – Gesichtsfeld von Stirn
bis unterhalb des Mundes)



Achtung!

**Bei einer Versorgung mit
einem Vollschutzhelm
werden auch die Angaben
zur Schädelsperspektive
(Abb. 6) benötigt.**

Beschreiben Sie bei anatomischen
Auffälligkeiten die Kopfform möglichst
genau.

Bei Bedarf ausdrucken und in den
nebenstehenden Zeichnungen die Stirn
und/oder Schädelform korrigieren, bzw.
sonstige Abweichungen eintragen.

Gegebenenfalls sind hier Fotos sehr
hilfreich.

Bemerkungen:

Anschrift/Stempel oder Kunden-Nummer:

Anonymisierte
Kommision

Name/Firma

Straße/Haus-Nr.

PLZ/Ort

Telefonnummer

Kunden-Nr.

Datum/Unterschrift