

HMV: 28.29.01.3xxx

Firma:

Datum:

Anschrift:

Kundennummer:

.....

Telefonnummer:

(Für Rückfragen)

Ansprechpartner*in:

E-Mail-Adresse:

(Für Rückfragen)

Kommission:

(anonymisiert)

Betreuer*in / Therapeut*in:

Telefon o. E-Mail:

(Für Rückfragen)

Fachberater*in ATO FORM:

Andere:

Anfrage/Erprobung Bestellung Zu Angebot Nr. Zu Auftrag Nr.

Füllen Sie auf der nächsten Seite die Patientenmaße vollständig aus!

Technische Produktdaten:

Jupiter		Standard	Groß
Körpergröße	cm	75 bis 110	100 bis 140
Gesamtlänge	cm	77	92
Gesamthöhe (max.)	cm	92	110
Durchmesser der Antriebsräder	Zoll	24	32
Neigungswinkel der Antriebsräder	Grad	6°	6°
Reifendruck	Bar	6 bis 8	6 bis 8
Produktgewicht inkl. Räder	kg	14	18
Maximale Belastbarkeit	kg	40	40
Gesamthöhe	cm	76–92	96–110
Distanz Brustpelotte ↔ Fußstütze	cm	65–88	88–105
Distanz Brustpelotte ↔ Kniepelotte	cm	31–63	40–75
Distanz Kniepelotte ↔ Fußstützen	cm	21–54	33–60,5
Abstand der Kniepelotten	cm	13–23	13–26
Abstand der Fußstützen	cm	11–23	11–31
Höhe der Fußstützen vom Boden	cm	2,5–5,4	4–7
Distanz Therapietisch ↔ Fußstützen	cm	44–68	62–86

Technische Änderungen vorbehalten!



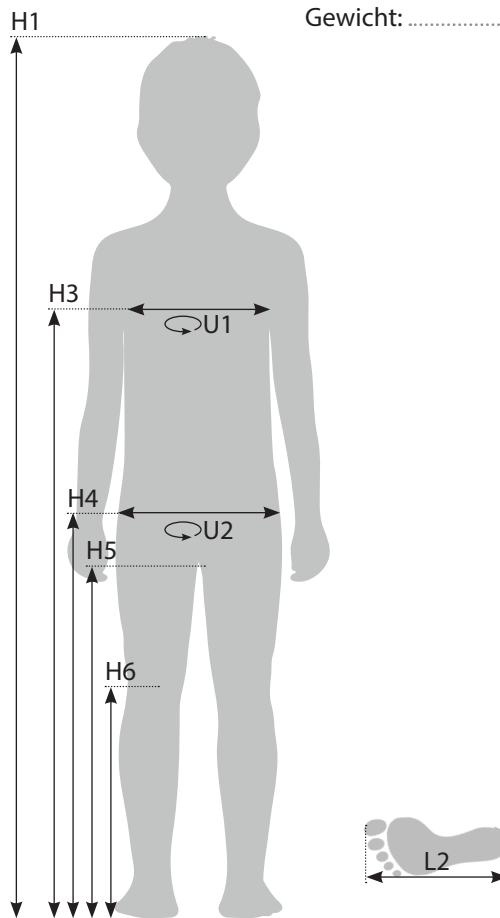
HMV: 28.29.01.3xxx

Patientendaten:

Bitte alle für angestrebte Versorgung notwendigen Daten angeben

H1	Körpergröße	cm
H3	Höhe Achseln (2 Finger breit unterhalb der Achselhöhe)	cm
H4	Höhe Hüftgelenk	cm
H5	Höhe Schritt	cm
H6	Höhe Knie	cm
U1	Umfang Brust	cm
U2	Umfang Hüfte	cm
L2	Fußlänge	cm

Gewicht: kg



Anhänge/gesendete Dokumente: Seiten

Unterschrift Kunde*in:

Hiermit bestätige ich, dass ich unseren Kunden über die Weiterleitung der vorstehenden Daten an die ATO FORM GmbH zur Erstellung der Sonderanfertigung informiert habe und er hiermit einverstanden ist.

Unterschrift
Fachberater Leistungserbringer

Unterschrift
Fachberater ATO FORM

Unterschrift
Therapeut*in/Betreuer*in

Interne Vermerke:

Geprüft am:

durch:

Auftragsnummer:

Angebotsnummer:

Bemerkung:

Freigabe durch:

Rezeptierungsvorschlag:

Diagnose: ...