

HMV: 28.29.02.1xxx

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:

Wally		Größe 1	Größe 2	Größe 3
Körpergröße	cm	50–95	90–120	100–140
Gesamtbreite	cm	66–74	68–74	78–94
Gesamtlänge	cm	77–84	77–90	76–97
Abstand Neigungsdrehpunkt ↔ Boden	cm	40–90	40–90	40–90
Abduktion der Kniestützen	Grad	bis 55°	bis 55°	bis 55°
Maximale Neigungsverstellung	Grad	90°	90°	90°
Produktgewicht	kg	23	26	32
Maximale Belastbarkeit	kg	40	45	50
Hubkraft Höhenverstellung	N	900	1100	1100
Hubkraft Neigungsverstellung	N	600	600	600
Größe Rückenstütze	cm	16 x 12	21 x 16	20 x 25
Größe Thoraxpelotten	cm	10 x 6	15 x 10	18 x 10
Abstand der Thoraxpelotten	cm	16–26	21–36	27–40
Neigungswinkel der Thoraxpelotten	Grad	-35° – +35°	-35° – +35°	-35° – +35°
Höhe der Kopfstütze	cm	15	15	15
Adduktion Abduktion Kniestützen	Grad	55°	55°	55°
Größe der Kniestützen (H x B)	cm	6 x 11	6 x 11	6 x 11
Intra/Extra-Rotation der Kniestützen	Grad	-40° – +40°	-40° – +40°	-40° – +40°
Tiefeneinstellung der Kniestützen	cm	0–4	0–4	0–4
Bewegung / Streckung der Kniestützen	Grad	-30° – +30°	-30° – +30°	-30° – +30°
Adduktion / Abduktion Fußstützen	Grad	15–36	15–36	15–44
Neigung der Fußstützen seitlich	Grad	-25° – 25°	-25° – 25°	-25° – 25°
Interne Größe der Fußstützen (B x L)	cm	6–17	7–20	9,5–24,5
Intra/Extra-Rotation der Fußstützen	Grad	-40° – 40°	-40° – 40°	-40° – 40°
Bewegung / Streckung der Fußstützen	Grad	-30° – 30°	-30° – 30°	-30° – 30°
Größe Therapietisch (B x T)	cm	55 x 53	55 x 53	63 x 57
Breite der Aussparung des Therapietisches	cm	27	27	40
Neigungsverstellung Therapietisch	Grad	-20° – +40°	-20° – +40°	-20° – +40°



Technische Änderungen vorbehalten!

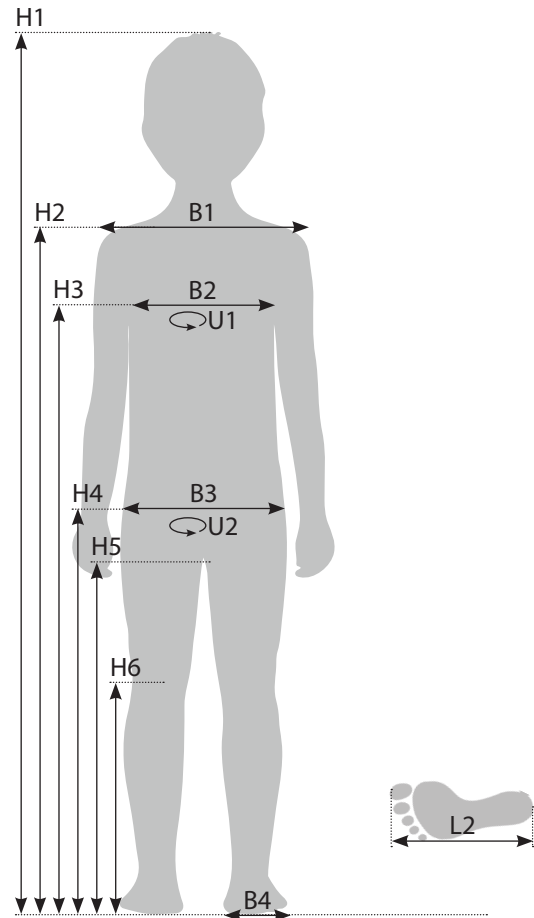
HMV: 28.29.02.1xxx

Patientendaten:

Bitte alle für angestrebte Versorgung notwendigen Daten angeben

H1	Körpergröße	.....	cm
H2	Höhe Schulter	.....	cm
H3	Höhe Achseln	.....	cm
H4	Höhe Hüftgelenk	.....	cm
H5	Höhe Schritt	.....	cm
H6	Höhe Knie	.....	cm
B1	Breite Schultern	.....	cm
B2	Breite Brust	.....	cm
B3	Breite der Hüfte	.....	cm
B4	Fußbreite	.....	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: ...