

# Anfrage für Rollstuhlabgabe ab IV-Depot



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

	<b>SB</b>	Sitzbreite	
	<b>ST</b>	Sitztiefe	
	<b>RH</b>	Rückenhöhe	
	<b>SHv</b>	Sitzhöhe vorne (ohne Kissen)	
	<b>SHh</b>	Sitzhöhe hinten	
	<b>USL</b>	Unterschenkelänge (Kniekehle bis Schuhsohle)	
	<b>SK</b>	Sitzkissendicke	
	<b>GB</b>	maximale Gesamtbreite	

<b>Antriebsart:</b>	<input type="checkbox"/> Handantrieb (Selbstf.)	<input type="checkbox"/> Trippel-Rollstuhl (Hemi)	<input type="checkbox"/> kein Selbstfahrer
<b>Rollstuhleinsatz:</b>	<input type="checkbox"/> nur Aussenbereich	<input type="checkbox"/> nur Innenbereich	<input type="checkbox"/> innen und aussen
	<input type="checkbox"/> wird regelmässig als Autositz verwendet		
<b>Rollstuhlabhängigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> vollkommen	<input type="checkbox"/> teilweise	
<b>Bein- / Fuss-Stützen:</b>	<input type="checkbox"/> abnehmbar	<input type="checkbox"/> rahmenintegriert	
<b>Armlehnen:</b>	<input type="checkbox"/> kurz	<input type="checkbox"/> lang	<input type="checkbox"/> höhenverstellbar
<b>Rücken:</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> einstellbar (Velcro)	<input type="checkbox"/> spezial
<b>Rückenrohr:</b>	<input type="checkbox"/> gerade	<input type="checkbox"/> Lumbalknick	
<b>Bereifung hinten:</b>	<input type="checkbox"/> Luft	<input type="checkbox"/> Vollgummi	
<b>Sitzkissen:</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Antidekubitus	<input type="checkbox"/> ohne
<b>Begleiterbremsen:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Bremshebelverlängerung:</b>	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <b>Stockhalter:</b> <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re
<b>Therapietisch:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Amputationsbeinstütze:</b>	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <b>Kipphilfe:</b> <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re
<b>Wadenband:</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Fersenband:</b>	<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <b>Kippschutz:</b> <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re

**Besonderes** (z.B. Finger-Speichenschutz, Kopfstütze, hochstellbare Fussstützen etc.)

<b>Depotstelle</b>	Tel. Fax E-Mail
<b>Sachbearbeitung</b>	www.sahb.ch

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