


# Anfrage für Elektrorollstuhlabgabe 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>SH</b>	Sitzhöhe (ohne Kissen)	
		<b>USL</b>	Unterschenkel	
		<b>AH</b>	Armlehnenhöhe	
		<b>GB</b>	Gesamtbreite	
				Masse in cm

Ausstattung Elektrorollstuhl			
<b>Antrieb:</b>	<input type="checkbox"/> Front	<input type="checkbox"/> Zentral/Mitte	<input type="checkbox"/> Heck
<b>Hauptreifen/Hauptbereifung:</b>	<input type="checkbox"/> Luft	<input type="checkbox"/> Vollgummi	<input type="checkbox"/>
<b>Zusätzliche Reifen:</b>	<input type="checkbox"/> Luft	<input type="checkbox"/> Vollgummi	<input type="checkbox"/>
<b>Armlehne:</b>	<input type="checkbox"/> fest	<input type="checkbox"/> abnehmbar/kippbar	<input type="checkbox"/> höhenverstellbar
<b>Art der Fussstützen:</b>	<input type="checkbox"/> zentral	<input type="checkbox"/> einzelne	<input type="checkbox"/> abnehmbar
<b>Steuerung:</b>	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> Spezial
<b>Sitzkissen:</b>	<input type="checkbox"/> anatomisch	<input type="checkbox"/> Antidekubitus	<input type="checkbox"/> orthopädisch
<b>Rückenpolster:</b>	<input type="checkbox"/> Standard	<input type="checkbox"/> Spezial	<input type="checkbox"/>
Elektrische Einstellungen			
<b>Sitzneigung:</b>	<input type="checkbox"/> erforderlich	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	
<b>Rückenneigung:</b>	<input type="checkbox"/> erforderlich	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	
<b>Sitzhöhe verstellbar (Lift):</b>	<input type="checkbox"/> erforderlich	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	
<b>Fussstütze höhenverstellbar:</b>	<input type="checkbox"/> erforderlich	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	
Erforderliches Zubehör			
<b> Gurten:</b>	<input type="checkbox"/> Becken	<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Bein
<b>Rucksack:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Stockhalter:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Kopfstütze:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Tisch:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Besonderes:</b>			

<b>Depotstelle</b>  <b>Sachbearbeitung</b>	<b>Tel.</b> <b>Fax</b> <b>E-Mail</b>  www.sahb.ch	Hilfsmittel im IV-Depot verfügbar		Ja	Nein
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<b>HM-Versorgung fachtechnisch nicht beurteilt</b>			
		Datum		Visum	