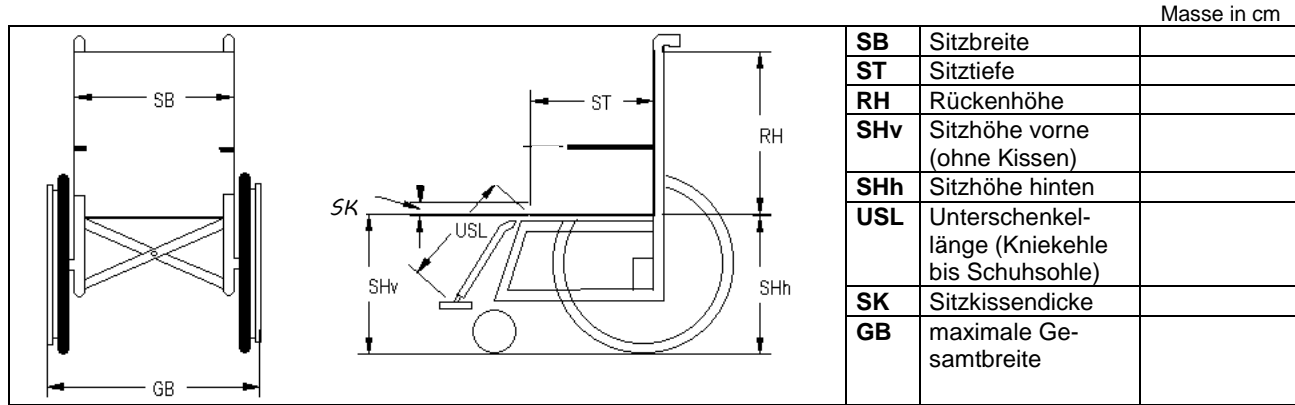


Anfrage für Rollstuhlabgabe ab IV-Depot

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



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

Begleiterbremsen: <input type="checkbox"/>	Bremshebelverlängerung: <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Stockhalter: <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re
Therapietisch: <input type="checkbox"/>	Amputationsbeinstütze: <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Kipphilfe: <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re
Wadenband: <input type="checkbox"/>	Fersenband: <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	Kippschutz: <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re

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

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