

WHEELDRIVE



Hilfsmittelverzeichnis POS.-Nr.:
18.99.05.2001

Sunrise Medical GmbH

Kahlbachring 2-4
 D-69254 Malsch/HD
 Tel.: +49 (0) 72 53 / 9 80-0
 Fax: +49 (0) 72 53 / 9 80-222
 E-Mail: kundenservice@sunrisemedical.de
 www.SunriseMedical.de

ERPROBUNGSBELEG

Nutzerdaten		Kostenträger
KD.-Nr.		Sanitätshaus
Name:		
Straße:		
PLZ/Ort:		
E-Mail:		
Tel.:		Anfrage Nr.:

Angaben zur Erprobung						
Nutzer:						
Probefahrt	Ja	Nein	Geeignet	Ja	Nein	
Bemerkung						

Angaben zum Rollstuhl								
Geeignet	Ja	Nein	Neuvers. erforderl.	Ja	Nein	Hersteller		
Typ		Radgröße	Zoll	Sitzbreite	mm	Sitzhöhe	mm	Radposition
Bemerkung								

Erprobung am	durch Mitarbeiter	Ansprechpartner für Rückfragen

Nutzer / Vertreter	Mitarbeiter / Fachhandel
Datum Unterschrift	Datum Unterschrift