F55

Hilfsmittelverzeichnis POS.-Nr.:
18.99.04.0026

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.		
Name:		
Straße:		**Sanitätshaus**
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	**E-Mail Senden**