INDREA
Pflege- und Aufstehbett

Fragebogen 2018

Name, Vorname _____

Krankheitsbild _____

Körpergröße ca. _____ **Körpergewicht** ca. _____

Pflegebett als:	☐ Einlegerahmen (Einbau)		☐ Pflegebett auf Rollen	
Bettbreite	☐ 90 cm	☐ 100 cm	☐ 120 cm	☐ 140 cm
			nur bei Pflegebett auf Rollen möglich	
Bettlänge	☐ 200 cm	☐ 210 cm	☐ 220 cm	☐ 230 cm
Sondermaß	☐ 240 cm	☐ 250 cm		
	☐ 190 cm	Sondermaß bei Einbau, Fotos und weitere Information folgen		
Bettumrandung	☐ Buche Angular		Wunschfarbe _____	
	☐ Sonderbettrahmen Typ			

Matratze	☐ Kaltschaum	☐ Standard	☐ Weichlagerung	
	☐ Tempur		☐ Wechseldrucksystem	
Härtegrad gewünscht	☐ H1	☐ H2	☐ H3	☐ H4
Ich bin/habe	☐ Schmerzpatient		☐ Dekubitus	Stufe _____
	☐ Weichlagerungsmatratze erforderlich			
	alle Matratzen werden im bielastischem Inkontinenzbezug geliefert			
Sonderwunsch	☐ Stoffbezug, keine Kassenleistung			

Zubehör	☐ Anti-Trendelenburg-Lagerung (Lese-Position)			
	☐ Pulla-Care-Anbau-System für Pflegebett auf Rollen (Bett wird bis zu 20 cm länger, Stretchlifter wird in den Bettrahmen integriert)			
	☐ Oberschenkelverstärkung (bei Lip-Ödem oder schweren Beinen)			
	☐ Bett für höhere Gewichte (über 170 kg Patientengewicht, max. 300 kg)			
Multifunktionsgriffe	☐ beidseitig	☐ nur links	☐ nur rechts	
Bezug für Griff	☐ Teflon Silk grau	Sonderfarbe	☐ taubengrau	☐ terracotta
Aufrichthilfe (Triangel)	☐ ja	☐ nein	bei Einbau auf Anfrage	
Kopfstützen	☐ beidseitig	☐ nur links	☐ nur rechts	
Bezug für Stützen	☐ Teflon Silk grau	Sonderfarbe	☐ taubengrau	☐ terracotta
Kopfkissen 40x80 cm	☐ Polystick	☐ Bezug Teflon Silk grau	☐ taubengrau	☐ terracotta
	☐ IR-System für Umfeldsteuerung		☐ Akkubox für Stromausfall	
	☐ Leselampe mit Schwanenhals			
Unterfahrbarkeit	☐ Ich habe einen Patientenlifter, Typ _____			

Ich habe die Datenschutzerklärung unter https://www.caretec.info/datenschutz/ zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Meine Daten werden dabei nur streng zweckgebunden zur Bearbeitung meiner Anfrage genutzt. Diese Einwilligung kann ich jederzeit durch eine Nachricht an den Empfänger widerrufen. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten umgehend gelöscht.

Datum _____ Unterschrift _____

Care Tec Lösungen für dein Leben

Caretec
Bökenring 14
D-32069 Hüllhorst

mail@caretec.info
Tel efon: 05744 / 50 99 55
Telefax: 05744 / 50 99 55

CareTec e.K.
Inh. Dipl-Ing. Hans-Georg Klose
Bökenring 14

D-32609 Hüllhorst

Faltkante

☐ Ich habe den Erfassungsbogen ausgefüllt und bitte um Kontaktaufnahme.

Telefonnummer _____

Ansprechpartner _____

gewünschte Uhrzeit _____

☐ Bitte beantragen Sie mein Hilfsmittel bei meiner gesetzlichen Krankenkasse:
Ich füge folgende Unterlagen bei.

☐ Rezept (erforderlich) ☐ Attest

☐ Bitte beantragen Sie mein Hilfsmittel bei meiner privaten Krankenkasse:
Ich füge folgende Unterlagen bei.

☐ Rezept ☐ Attest

☐ Bitte senden Sie mir mein Angebot an meine Adresse:

Anschrift _____

_____

_____

Faltkante

☐ Bitte senden Sie das Angebot an mein Sanitätshaus:

Anschrift _____

_____

☐ Das Rezept liegt meinem Sanitätshaus bereits vor.
☐ Das Rezept sende ich meinem Sanitätshaus zu.