

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Krankheitsbild \_\_\_\_\_

Körpergröße ca. \_\_\_\_\_ Körpergewicht ca. \_\_\_\_\_

Pflegebett als:  Einlegerahmen (Einbau)  Pflegebett auf Rollen

Drehrichtung  links  rechts (im Liegen betrachtet)

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 erbeten

Bettumrandung  Buche Angular  Wunschfarbe \_\_\_\_\_  
 Sonderbettrahmen Typ

Matratze  Kaltschaum  Standard  Weichlagerung  
 Tempur  Wechsellagersystem

Härtegrad gewünscht  H1  H2  H3  H4

Ich bin/habe  Schmerzpatient  Dekubitus Stufe \_\_\_\_\_  
 Weichlagerungsmatratze erforderlich  
alle Matratzen werden im bielastischen 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: \_\_\_\_\_

**CareTec e.K.**

Bökenring 14

**D-32609 Hüllhorst**

Ausstellung:

Tengerner Straße 83

D-32609 Hüllhorst

- 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Bitte senden Sie das Angebot an mein Sanitätshaus:

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Das Rezept liegt meinem Sanitätshaus bereits vor.

Das Rezept sende ich meinem Sanitätshaus zu.