

Name, Vorname _____ Geb.Datum: _____

Krankheitsbild _____

Körpergröße ca. _____ Körpergewicht ca. _____ Krankenkasse: _____ VSNr. _____

Pflegebett als: Einlegerahmen (Einbau, Fotos und Maße) 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 _____

Matratze Kaltschaum Standard Weichlagerung
 Tempur Wechseldrucksystem

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), für Matratze anstatt Inkontinenzbezug

Zubehör Anti-Trendelenburg-Lagerung (Schräglagerung)

Pulla-Care-Anbau-System für Pflegebett auf Rollen
(Bett wird bis zu 20 cm länger, System wird in den Bettrahmen integriert)

Oberschenkelverstärkung (bei Lipödem oder schweren Beinen)

Bett für höhere Gewichte (über 170 kg Patientengewicht, max. 300 kg)

Multifunktionsgriffe beidseitig nur links nur rechts

Bezug für Griff grau Wunschfarbe _____

Aufrichthilfe (Triangel) ja nein bei Einbau auf Anfrage

Kopfstützen beidseitig nur links nur rechts

Bezug für Stützen grau Wunschfarbe _____

Kopfkissen 40x80 cm Bezug grau Wunschfarbe _____

Weiteres Zubehör: IR-System für Umfeldsteuerung Akkubox für Stromausfall

Leselampe mit Schwanenhals

Unterfahrbarkeit Ich habe einen Patientenlifter, Hersteller _____ Modell: _____

Ich habe die Datenschutzerklärung unter <https://www.caretec.info/datenschutz/> zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass ich 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 _____

- Anschrift des Patienten: _____

- Bitte beantragen Sie mein Hilfsmittel bei meiner gesetzlichen Krankenkasse:

Ich füge folgende Unterlagen bei.

Rezept (erforderlich)

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.