

Karta pomiarowa – formularz

Zgodnie z **art. 13 ust. 1 i ust. 2** ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (dalej „rodo”) informujemy, że podane dane osobowe będą przetwarzane i administrowane przez **WSR COMFORT w Poznaniu** przy ul. Głazowej 43 w celu realizacji złożonego zamówienia oraz informowania o najnowszych ofertach. Okres przechowywania danych zgodny z odrębnymi przepisami.

Udostępnienie danych osobowych jest dobrowolne. Informujemy, że przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, a także prawo żądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych. Dane udostępnione przez Panią/Pana dane nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim.

Imię i nazwisko pacjenta lub dane sklepu _____

Adres pacjenta lub sklepu _____

Nr telefonu i E-mail _____

Adres rodzica, opiekuna lub wysyłki _____

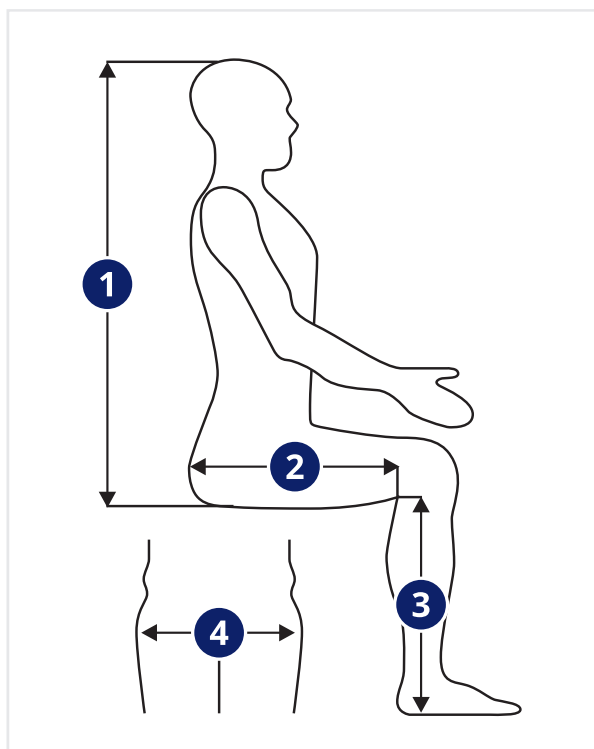
Adres do wysyłki dokumentów _____

PESEL pacjenta _____

PESEL osoby upoważnionej do odbioru wózka _____

Nr Zlecenia NFZ _____

Wymiarowanie pacjenta



Wzrost pacjenta _____ cm

Waga pacjenta _____ kg

Kluczowe jest 5 wymiarów

1. Długość korpusu od dołu do czubka głowy

_____ cm

2. Długość korpusu od pleców do dołka podkolanowego

_____ cm

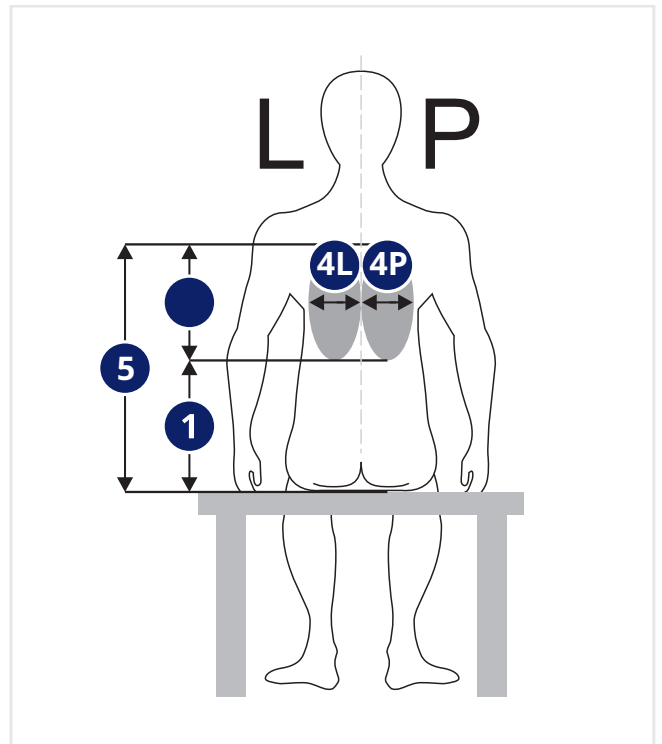
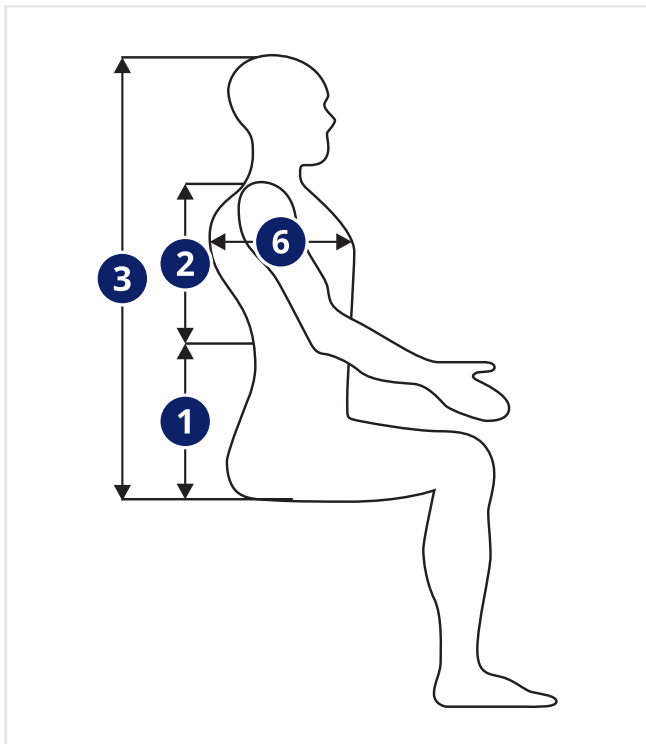
3. Długość nogi od dołka podkolanowego do podeszwy

_____ cm

4. Biodra

_____ cm

Comfort



W przypadku występowania garbu konieczne jest jego dokładne zwiaryowanie:

1. Długość odcinka lędźwiowego

_____ cm

2. Długość garbu od ramion do końca jego występowania

_____ cm

3. Długość korpusu od siedzenia do czubka głowy

_____ cm

4L. Szerokość garbu na lewo od osi ciała

_____ cm

4P. Szerokość garbu na prawo od osi ciała

_____ cm

5. Długość pomiędzy siedzeniem, a szczytem garbu

_____ cm

6. Szerokość korpusu od frontu klatki piersiowej do końca garbu

_____ cm

Krótką charakterystyką pacjenta

Czy siedzi samodzielnie?

 TAK NIE

Czy wysuwa się z krzesła lub z wózka?

 TAK NIE

Czy dziecko pręży się?

 TAK NIE

Inne _____

Formularz zamówienia

Wybór wózka

Prosimy zakreślić wybrany model wózka, opisać kolor tapicerki zgodnie z naszą ofertą kolorystyczną i wpisać ilość. Wyboru prosimy dokonać po dokładnym zapoznaniu się z naszą ofertą zawartą w katalogu i po wypełnieniu karty pomiarowej (verte). Pomiary pacjenta należy porównać z danymi z tabeli wymiarów wózków.

Modele wózków							
[1] Baby	[3]	[4]	[5]	[6]	[6+]	[7]	[8]
ilość	ilość	ilość	ilość	ilość	ilość	ilość	ilość

Kolory tapicerki								
Z-1	Z-4	Z-6	Z-9	Z-11	Z-12	Z-13	Z-16	Z-18
Granatowo-niebieski	Granatowy	Granatowy (tukany)	Popielato-turkusowy	Popielato-pomarańczowy	Granatowo-czerwony	Popielato-czerwony	Popielaty	Czarny

Wybór wyposażenia dodatkowego

Prosimy zaznaczyć wybraną pozycję w tabeli i podać ilość zamawianych artykułów. Opis dostępnego wyposażenia i opcji znajduje się w katalogu, lub na stronie internetowej www.comfort-reha.pl

Nazwa	Ilość
Skřętné koła przednie	
Regulowana rączka	
Oparcie odchylane do poz. leżącej lub leżakowej	
Budka z fartuszkiem	
Pelerynka	
Stolik	
Ochraniacze na rączkę	
Pasy na stopy	
Pasy łydki	
Pasy udowe	
Pasy kostki	
Torba na rączkę	

Nazwa	Ilość
Oparcie dostosowane do garbu	
Zabezpieczenie antyprzechyłowe	
Podwyższone podłokietniki	
Śpiwór	
Parasolka	
Poduszki boczne	
Podpórki lędźwiowe	
Poduszki lędźwiowe	
Poduszka na siedzenie	
Tapicerka wierzchnia	
Ochraniacz na podnózek	

