V	11
v	_

Fax:

Frau:	Vers. Nr.:	KK:	□ Privat
Mann:	Vers. Nr.:	KK:	□ Kasse

Stammblatt erfasst am	von		
<u>Kunde</u>	<u>Diagnose</u>		
Name:			
Vorname:	Nur im Bett	□ ja □ nein	
vomanic.	Gangunsicherheit	□ ja □ nein	
Geb. Datum:	Rollator	□ ja □ nein	
Str. / Nr.:	Rollstuhl □ immer	□ ja □ nein □ manchmal	
PLZ / Ort:	- minici	- manerimar	
Etage: Fahrstuhl □ ja □ nein	Gewünschte Leistung Haltegriffe/Haltestan		
Tel.:	Geländer:		
E-Mail:	Erhöhtes WC: □ Sta	nd □ Wand	
Daile ilfalaceasa — ia — main	Eckventil: 🗆 innen		
Beihilfekasse: □ ja □ nein	Dusch-WC:		
Pfl.: Grad:seit: Schwerbeh.:%	Türschwellen entferr	nen Stück	
bereits in Anspruch genommen:€	Rampen:	Stück	
	Türverbreiterung:		
Empfohlen von:	Schiebetür:	Stück	
Betreuer / Vorsorgevollmacht	Badtür Schräge		
Name:	unterfahrbarer Wasc	htisch:	
Vorname:	Waschtischarmatur:		
Str. / Nr.:	Badewanne zur Dusc	he	
DI 7 / Out.	Dusche zur Dusche		
PLZ / Ort:	Fußbodenentwässer	•	
Tel.:	Seitenentwässerung		
Fax:	Podest gewünscht Pumpensystem (als E		
	Badewanne mit Einst		
E-Mail:	Duschvorhang		
<u>Vermieter</u>	Glasabtrennung (als E	xtraleistung gewünscht)	
Angeonyookon, in a noin a	rutschhemmender F u		
Angesprochen: ja □ nein □	komplett (als Extraleisti	ung)	
Wer kümmert sich: Kd. □ wir □	nur Duschbereich		
Name HV:	PVC – Vinyl FB		
Str. / Nr.:	Wandfliesen		
PLZ / Ort:	Komplett (als Extraleist	ung)	
	nur ausgebauter War	nnenbereich	
Tel.:	Duscharmatur oder E	Brause (als Extraleistung)	