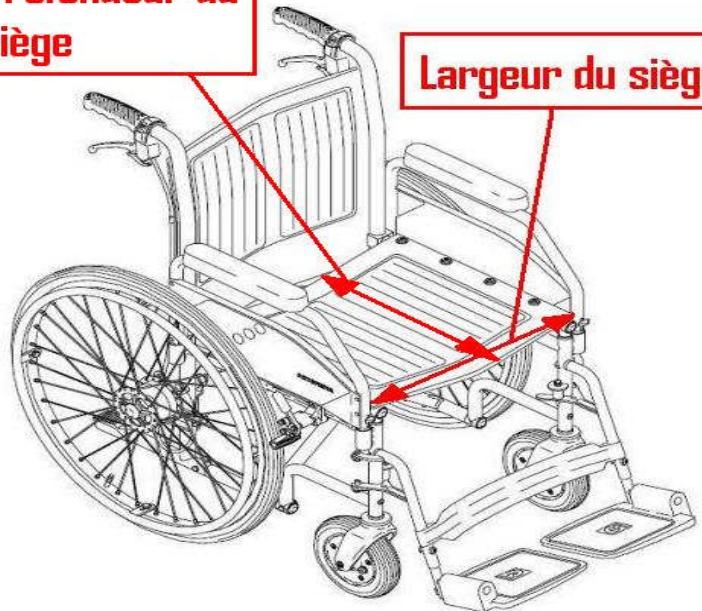




Association sans but lucratif
Reconnue d'utilité publique

Profondeur du siège

Largeur du siège



Nom :

Prénom :

Matricule :

(Cases obligatoires *)

Données du bénéficiaire

Taille (cm)* :

Poids (kg)* :

Configuration chaise roulante

Chaise roulante de base pliable*

Chaise de positionnement/gériatrique*

Largeur siège (cm) * :

Profondeur siège (cm)* :

Hauteur siège (sol-siège en cm) :

Repose jambe :

gauche

droite

bilatérales

Tablette :

hémi-tablette gauche

hémi-tablette droite

tablette entière

Accoudoirs :

long

court

Dossier réglable en tension

Coussin anti-escarres

Pneumatique 10 cm de hauteur

Pneumatique 5 ou 7 cm de hauteur

Coussin en gel mixte

Coussin plaque en gel

Échange avec matériel existant

Seulement cocher si nécessaire. Si non laisser les cases vierges.

N'oubliez pas d'annexer les ordonnances.

Adresse de livraison:

.....

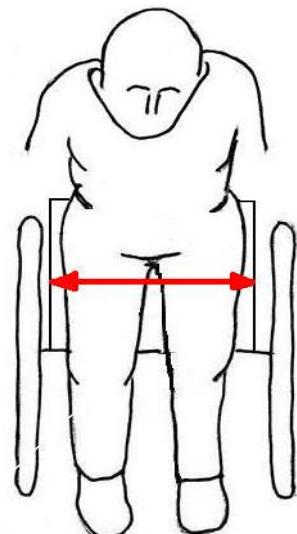
Personne de référence avec Numéro de téléphone :

.....

A renvoyer par télecopie au 40 95 17, par mail (kine@sma.lu) ou par courrier au 20-22, rue Geespelt, L-3378 LIVANGE

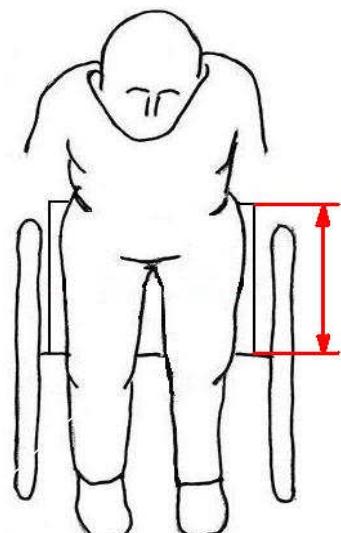
Formulaire uniquement destiné à l'usage des thérapeutes en institution en complément de l'ordonnance médicale

Largeur siège



Largeur hanche plus 2 cm

Profondeur siège



Profondeur dos-genou
moins 2-3 cm