

MAßBLATT

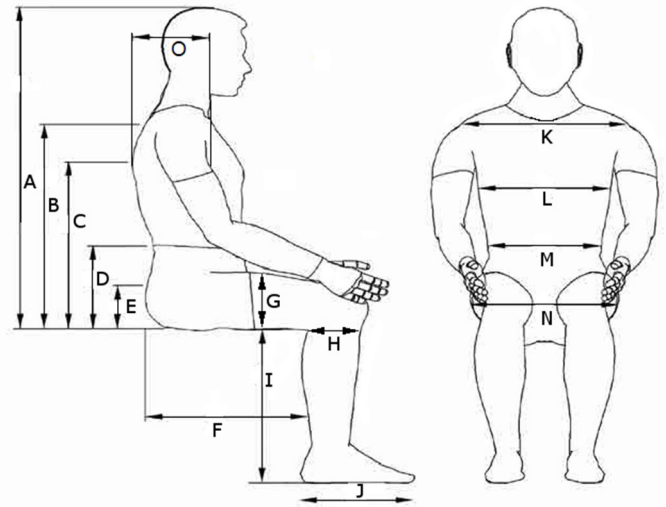
Absender: _____

Datum: _____
Kommission: _____
Ansprechpartner: _____

Polstermaße für Schalenbau

Einzutragen sind die **Polstermaße**. Alle Maße in cm angeben! Die Angaben „links“ und „rechts“ sind immer aus Sicht der sitzenden Person zu sehen. Fett gedruckte Maße bitte unbedingt angeben.

A) Kopfhöhe	
B) Schulterhöhe	
C) Achselhöhe links	
Achselhöhe rechts	
D) Ellenbogenhöhe	
E) Hüfthöhe	
F) Sitztiefe links	
Sitztiefe rechts	
G) Oberschenkelhöhe	
H) Knielänge	
I) Unterschenkelhöhe	
J) Fußsohlenlänge	
K) Schulterbreite	
L) Brustbreite	
M) Taillenbreite	
N) Sitzbreite vorne	
Sitzbreite hinten	
O) Thoraxtiefe	



Sitzmulde flach	
Sitzmulde ausgeprägt	
Oberschenkelführung hoch	
Beckenvorverlegung, Dicke	
bis Höhe	

Notizen für Werkstatt

Notizen für Außendienst

Gewünschtes Material Sitz:

- | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Frame Foam | <input type="checkbox"/> PU RG40 | <input type="checkbox"/> PU RG50 | <input type="checkbox"/> PU RG70 MP 60,-* |
| <input type="checkbox"/> PU RG100 MP 100,-* | <input type="checkbox"/> (PE18 ist nicht mehr erhältlich, wählen sie LD24) | | <input type="checkbox"/> PE LD24 MP 60,- * |
| <input type="checkbox"/> Anderes Material Rücken oder Schaumstoffkombinationswünsche: beides mit Mehrpreis 18,-* | | | |

*alle Preise verstehen sich zzgl. 19% gesetzlicher MwSt.

Maße zur Bearbeitung: Hinweise/Erklärung siehe www.osstec.de/bearbeitungshinweise

3D Offset in mm (max. 24mm): _____

Verbreiterung in mm: _____

Inklination (A-B) in cm links/rechts: _____

Außenmaß Fräsung oder Aluschale in cm (nichtzutreffendes streichen) _____

Symmetrische Bearbeitung, welche Körperseite behalten? _____

Informationen zum Ablauf der Versorgungen:

- Hilfsmittel wird an OssTec versendet, um einen optimalen Einbau zu gewährleisten
- Sitzsystem soll ohne Hilfsmittel gebaut werden
- Versand an Kunden, ggf. auch auf Palette, wird entschieden nach Gurtmaß
- Mitnahme durch Außendienst
- Abholung durch Kunden

Hilfsmittel:

Hersteller: _____

Typ: _____

Sitzbreite in cm:
(von Innenseite Seitenteil bis Innenseite Seitenteil) _____

Sitztiefe in cm:
(Sitzplatte vorne bis Rückenrohr bzw. bis zur Mitte fester Rücken) _____

Rückenhöhe:
(Von Sitzplatte bis Oberkante Rückenbespannung) _____

Notizen zu Hilfsmittel