

OPDRACHTBON INDIVIDUELE HULPMIDDELEN**1. Klantgegevens**Naam klant Man Vrouw

Adres

Postcode/woonplaats

Email

Telefoonnummer

Mobiel

*Verblijfadres**

Zaak/ aanvraagnummer

BSN

Geboortedatum

Contactpersoon

Email

Telefoonnummer

Mobiel

** als klant (tijdelijk) niet thuis verblijft (ziekenhuisopname e.d.) en daar eventueel passing / aflevering e.d. dient plaats te vinden.*

Datum aanvraag:

Consulent / Generalist

Email

Mobiel

Bijzonderheden opdracht (invullen facultatief, indien bekend):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> vervanging huidige voorziening | <input type="checkbox"/> aanpassing aan |
| <input type="checkbox"/> alleen passing | <input type="checkbox"/> anders,.... |
| <input type="checkbox"/> paslocatie thuis | <input type="checkbox"/> paslocatie afwijkend: |

2. Categorie

- Handbewogen rolstoel, volwassene en kind
- Rij- en duwondersteuning
- Elektrische rolstoel, volwassene en kind
- Scootmobiel eenvoudig 12 km/uur, indien afwijkende snelheid dit aangeven bij toelichting
- Scootmobiel complex, extra geveerd 12 km/uur, indien afwijkende snelheid dit aangeven bij toelichting
- Tillift, verrijdbaar actief en passief
- Fietsvoorzieningen, volwassene en kind
- Kinder(duw)wandelwagen
- Kinder-autostoel
- Bad-, douche-, toilet- en transfervoorzieningen, volwassenen en kind

Toelichting op categorie / omschrijving (invullen facultatief):**Antropometrische gegevens:**

Lichaamslengte: cm

Lichaamsgewicht: kg

Links- / rechtshandig