

Maßblatt und Bestellung

Datum _____ Auftrags-Nr. _____

Name _____

Anschrift _____

Kommission _____

Kopfschutzhelm:

KO 1 (geschlossen)

KO 2 (Streifen)

Hilfsmittelnummer - 99.17.01.1001

Hilfsmittelnummer - 99.17.01.0001

Farbe: _____ Bestell-Nr. _____

Fallrichtung mit erforderlichen Zusätzen:

- Stirn Hinterkopf seitliche Fallrichtung
- vorstehende Stirnwulst - Hinterkopfplatte verstärkt - Seitenstreifen verstärkt
- Brillenschutz

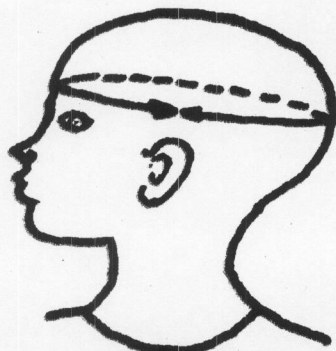
Zusätze:

- Kinnschutz Ohrenschutz ja offen geschlossen
- Gesichtsvisier (nur in Verbindung mit Ohrenschutz) nein

Verstärkungsplatte, seitlich (z.B. nach OP) links rechts

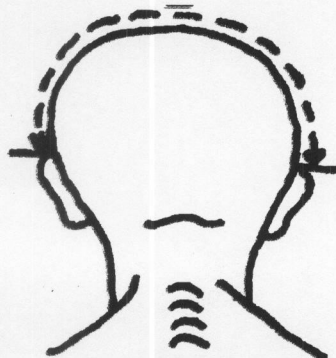
- Magnetverschluss Klettverschluss Schnallenschluss
- Clipverschluss

Weitere Zusätze nach Absprache _____



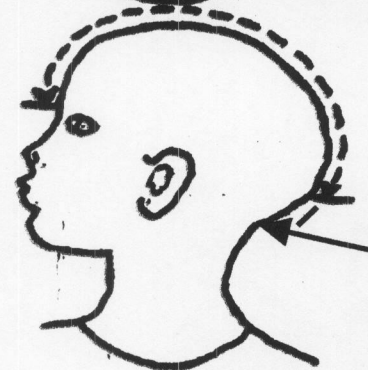
Maß A:
Kopfumfang

cm



Maß B:
Über den Kopf,
Augenbraue bis
Helmende

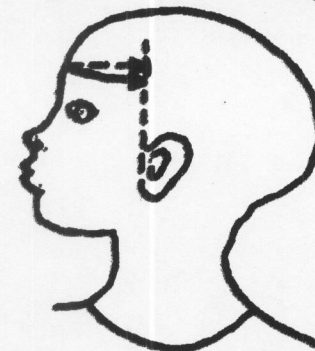
cm



Hinterhaupthöcker
Helmende

Maß C:
Über den Kopf,
Ohrspitze bis
Ohrspitze

cm



Maß D:
Über die Stirn von
Ohr bis Ohr

cm

Maß E:
Ohrhöhe:
cm

Ohrbreite:
cm

Unterschrift _____