

Maßblatt Kopfschutzhelm

***Auftragsart:** ☐ Angebot ☐ Bestellung

***Datum:** _____

Kundendaten:

***Kommission (Name, Vorname):** _____

ggf. Einrichtung: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail-Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ ☐ Erstversorgung ☐

☐ Folgeversorgung ☐

***Kopfschutzhelm Leder**

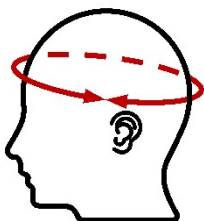
☐ mit Streifen (99.17.01.0001) ☐ geschlossen (99.17.01.1001)

***Zusätze**

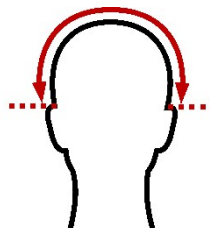
- | | | |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vorstehende Stirnwulst
_____ cm | <input type="checkbox"/> Ohrenschutz offen | <input type="checkbox"/> Gurt-Clipverschluss |
| <input type="checkbox"/> Brillenschutz | <input type="checkbox"/> Ohrenschutz geschlossen | <input type="checkbox"/> Magnetverschluss |
| <input type="checkbox"/> Kinnschutz | <input type="checkbox"/> Wangenschutz | <input type="checkbox"/> Lederriemen mit Schnalle |
| <input type="checkbox"/> Verstärkung Hinterkopf | <input type="checkbox"/> Gesichtsvisier (nur in
Verbindung mit Ohrenschutz) | <input type="checkbox"/> Lederriemen mit Klett |
| <input type="checkbox"/> Verstärkung Seitenstreifen | <input type="checkbox"/> teilgeschlossen, Kunststoff | <input type="checkbox"/> Gurtband seitlich |
| <input type="checkbox"/> Verstärkung mit Resur: | <input type="checkbox"/> Gitter | <input type="checkbox"/> Gurtband hinten |
| | <input type="checkbox"/> Wachstumszugabe | <input type="checkbox"/> Perforation hinten |
| | | <input type="checkbox"/> Perforation Streifen |

☐ Weitere Zusätze nach Absprache: _____

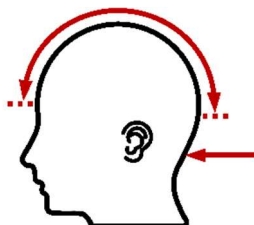
Farbe: _____



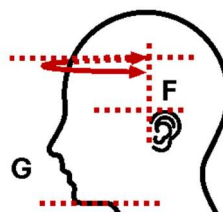
***Maß A:**
Kopfumfang
_____ cm



***Maß C:**
Über den Kopf, Ohrspitze bis
Ohrspitze
_____ cm



***Maß B:**
Über den Kopf,
Augenbraue bis
Hinterhauptthöcker
Helmende
_____ cm



***Maß D:**
Über die Stirn von Ohr bis
Ohr _____ cm

***Maß E:**
Ohrhöhe: _____ cm
Ohrbreite: _____ cm

***Maß F:**
Ohrspitze bis erweiterte
Stirnlinie: _____ cm

(*) Maß G (bei Visier): _____

Unterschrift: _____

mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder, die für die Auftragsannahme erforderlich sind

Angebote und Bestellungen per E-Mail an:

DE: kopfschutzhelme@sanitaetshaus-rosenhaeger.de CH: ch.kopfschutzhelme@sanitaetshaus-rosenhaeger.de

Maßblatt Kopfschutzhelm v2.0 Stand 04.2025