

Maßblatt Kopfschutzhelm

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)

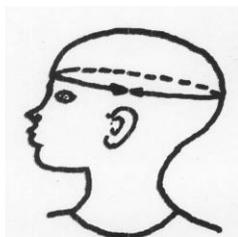
Zusätze

- | | | |
|---|---|---|
| <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"/> Gesichtsvisionier (nur in
Verbindung mit Ohrenschutz) | <input type="checkbox"/> Lederriemen mit Klett |
| <input type="checkbox"/> Verstärkung Seitenstreifen | <input type="checkbox"/> Wachstumszugabe | <input type="checkbox"/> Gurtband seitlich |
| <input type="checkbox"/> Verstärkung mit Resur: | | <input type="checkbox"/> Gurtband hinten |
| | | <input type="checkbox"/> Perforation hinten |
| | | <input type="checkbox"/> Perforation Streifen |

Weitere Zusätze nach Absprache: _____

Farbe: _____

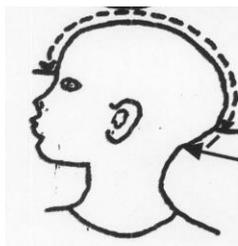
Maße



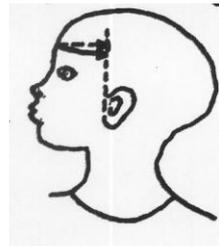
Maß A:
Kopfumfang
_____ cm



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



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



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

Maß E:
Ohrhöhe: _____ cm
Ohrbreite: _____ cm

Unterschrift: _____

Angebote und Bestellungen per E-Mail an:

DE: kopfschutzhelme@sanitaetshaus-rosenhaeger.de

CH: ch.kopfschutzhelme@sanitaetshaus-rosenhaeger.de