

## Datenblatt Aufmaß Systemrampe

### Auftraggeber/Sanitätshaus:

Kd.-Nr.: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### Aufmaßort:

Name Endkunde: \_\_\_\_\_  
Ansprechpartner vor Ort: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Patientendetails: \_\_\_\_\_

(z. B. E-Rollstuhl, Selbstfahrer)

Bitte Sanitätshaus bzgl. Termin zum Aufmaß kontaktieren

Bitte Endkunde bzgl. Termin zum Aufmaß kontaktieren

### Bereits vorliegende Details zum Aufmaß (Umgebung)

Grobskizze (Anhang)  Fotos (Anhang)

### Rückfragen Mitarbeiter Etac

Name: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_  
Bemerkungen:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_