

Klinik/Therapiestelle:

Adresse Mieter(in):

Name/Vorname: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel.: _____
 Ausstellungsdatum: _____

Zubehörteile aus dem therapieeigenen Pool

Bild	Kurz bez.	Funktion	Anzahl	Datum aus	Datum ein
	GP1	Grundplatte			
	G1	Gelenk			
	G2	Gelenk einachsiger			
	SL1	Schiebeleiste lang 95 cm			
	TS1	T-Stab			
	FW1	Faustschlusswalze			
	DGP1	Doppelgriffplatte			
	HP1	Handplatte			
	RB4	Rollbrett für Unterarm/Hand			
	ST10	Verlängerungsstab 10 cm			
	ST20	Verlängerungsstab 20 cm			
	ST30	Verlängerungsstab 30 cm			
	ST40	Verlängerungsstab 40 cm			
	ST50	Verlängerungsstab 50 cm			
	ST60	Verlängerungsstab 60 cm			
	ST70	Verlängerungsstab 70 cm			
	ST80	Verlängerungsstab 80 cm			
	ST95	Überkopfstab 95 cm			
	QST1	Querstab zu Überkopfstab			
	FR1	Faustschlussrolle			
	EP1	Einhandplattenstab			
	PW1	Plattenwalze für Handgelenk			

Bild	Kurz bez.	Funktion	Anzahl	Datum aus	Datum ein
	PW2	Plattenwalze für Unterarm			
	PSR1	Pro-Supinationsrolle			
	RB1	Rollbrett für Fuss			
	RB2	Rollbrett Griff vertikal			
	RB3	Rollbrett Griff horizontal			
	FS1	Faustschluss-Kraftstempel			
	FS2	Einhand Faustschlusstab			
	DFS1	Doppel Faustschlusstab			
	DPS1	Doppelplattenstab			
	EB1	Ellenbogenbügel mit Griff			
	FFK	Faustfixationskappe			
	TA	Tragtasche			
	SL2	Schiebeleiste kurz 75 cm			
		Bündel Grundplatte			
		Bündel Pro-Supinationsrolle			
		Bündel 55 cm/ 5 cm			
		Bündel 50 cm/ 5 cm			
		Bündel 45 cm/ 5 cm			
		Bündel 35 cm/ 5 cm			
		Bündel 55 cm/ 2.5 cm			
		Bündel 35 cm/ 2.5 cm			

Wert der (Anzahl) _____ gemieteten Laptool-Teile:

Fr. _____

Die monatliche Ausleihgebühr beträgt:

Fr. _____

Voraussichtlicher Rückgabetermin: _____

Die Ausleihgebühr wird: dem Mieter in Rechnung gestellt

über die Therapiestelle abgerechnet

Die Rückgabe der Geräte/Hilfsmittel muss in unbeschädigtem und gereinigtem Zustand erfolgen.

 Unterschrift Mieter/Mieterin

 Stempel und Unterschrift der Therapiestelle