

Kommission (anonym) .....

**Sturzhäufigkeit**     selten     häufig     sehr häufig  
**Fallrichtung**     vorn     hinten     links     rechts  
 Ist mit einer Gefährdung der Schädeldecke oder selbstverletzendem Verhalten zu rechnen.

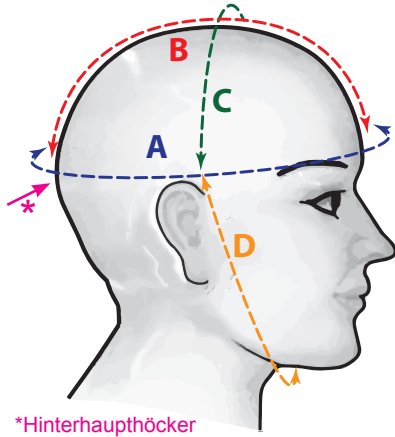
Krankheitsbild:                      Alter:                      Aktivitätsniveau:

Die Kopfmaße bestimmen Sie, indem Sie ein flexibles Maßband (schmales Schneiderband) gemäß der unten abgebildeten Skizzen anlegen.



## Allgemeine Maßangaben

Abb. 1



\*Hinterhauptöcker

**A** \_\_\_\_\_ cm  
(Kopfumfang Augenbraunhöhe über Hinterhauptöcker)

**B** \_\_\_\_\_ cm  
(Mitte zwischen Augenbrauen bis Oberkante Hinterhauptöcker)

**C** \_\_\_\_\_ cm  
(Quer über den Kopf - von A-Maßlinie bis A-Maßlinie)

**D** \_\_\_\_\_ cm  
(Unter dem Kinn entlang - von A-Maßlinie bis A-Maßlinie)

Modell inkl. Sonderausstattung, Zubehör:

.....

.....

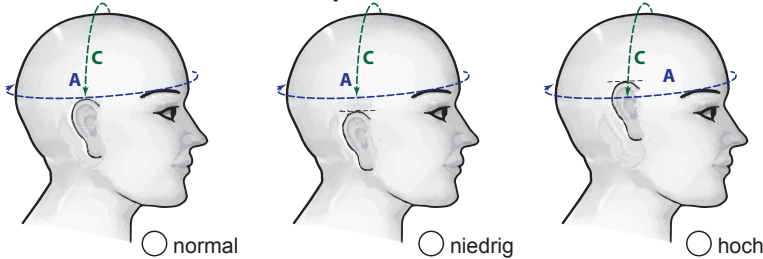
.....

Farbe: .....

Verschluss: .....

## Position der Ohren am Kopf

Abb. 2



normal

niedrig

hoch

**Beschreiben Sie bei anatomischen Auffälligkeiten die Kopfform möglichst genau. Gegebenenfalls sind hier Fotos sehr hilfreich.**

### Achtung

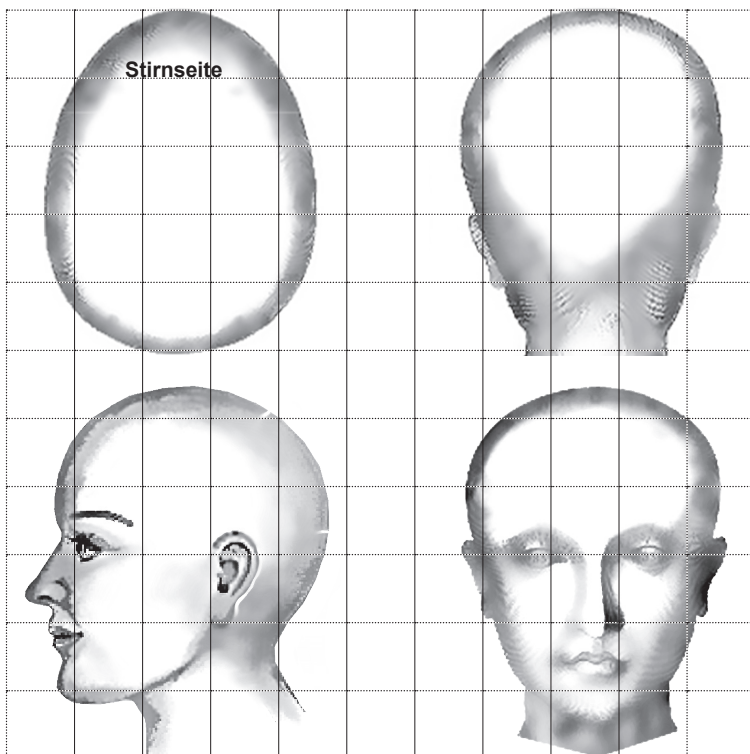
Im Idealfall befinden sich die Ohrspitzen auf der A-Maßlinie.

Achten Sie bei abweichender Position unbedingt darauf, dass das C-Maß quer über den Kopf, von A-Maßlinie bis zur A-Maßlinie, genommen wird.

Bei asymmetrischem Ohransatz geben Sie uns bitte in dem unten stehenden Feld unter Bemerkungen eine aussagekräftige Beschreibung.

## Schädelperspektiven

Abb. 3



Bemerkungen:

Bei Bedarf ausdrucken und in den nebenstehenden Zeichnungen die Stirn und/oder Schädelform korrigieren, bzw. sonstige Abweichungen eintragen.

Anschrift/Stempel oder Kunden-Nummer:

Name/Firma .....

Straße/Haus-Nr. ....

PLZ/Ort .....

Telefonnummer .....

Kunden-Nr. ....

Datum/Unterschrift .....

Weitere Angaben, wenn Modell Varia, Flex, Protect, Protect Plus, Go Sport o. Go Sport Plus benötigt wird.

**A-Maßlinie bis Unterkante Ohren Position der Ohren** Abb. 4

**E** \_\_\_\_\_ cm  
(Augenbrauhöhe – A-Linie bis Unterkante Ohrfläppchen)

**F** \_\_\_\_\_ cm  
(Abstand Augenwinkel/Ohr E-Linie)

**Ohrmaß** Abb. 5

**G** \_\_\_\_\_ cm  
(Höhe des Ohrs)

**H** \_\_\_\_\_ cm  
(Breite des Ohrs)

**Auszufüllen bei Bedarf eines Wangenschutzes!**

**Größe und Position des Wangenschutzes**  
(Für Modelle Protect, Protect Plus, Go Sport, Go Sport Plus) Abb. 6

**L** \_\_\_\_\_ cm  
(Höhe des Freiraums vom Stirn- zum Wangenschutz)

**M** \_\_\_\_\_ cm  
(Höhe des Wangenschutzes)

**N** \_\_\_\_\_ cm  
(Breite des Wangenschutzes)

**Zusätzliche Maßangaben bei Versorgung mit einem Vollsichthelm**

**Größe des auszusparenden Gesichtsfeldes** Abb. 7

**O** \_\_\_\_\_ cm  
(Breite – Gesichtsfeld auf Höhe der Augen)

**P** \_\_\_\_\_ cm  
(Höhe – Gesichtsfeld von Stirn bis unterhalb des Mundes)

Anschrift/Stempel oder Kunden-Nummer:

Name/Firma .....

Straße/Haus-Nr. ....

PLZ/Ort .....

Telefonnummer .....

Kunden-Nr. ....

Datum/Unterschrift .....