

Untersuchungsergebnisse ThevoRelief



Name: _____ **Name der Gesellschaft:** _____
(Bitte Namen abkürzen wie Herr X. oder Frau X um die Identität zu schützen)

Adresse: _____

E-mail: _____ **Tel:** _____

Person welche die Untersuchung beaufsichtigt: _____

Schildern Sie den allgemeinen Zustand der Person: _____

ThevoRelief Model: 50 Kg oder weniger 50 bis 100 Kg 100 bis 135 Kg
Untergestelltyp: Lattenrost oder Unterbau Sprungfeder Sprungfeder mit Untergestell Krankenhausbett

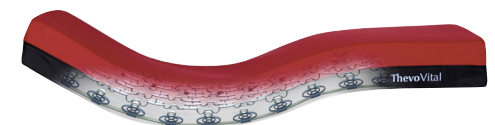
Datum des Untersuchungsbeginn: _____

Anmerkungen über die Person vor der Untersuchung: _____

Anmerkung über die Person nach der Untersuchung: _____

Andere Kommentare oder Empfehlungen: _____

Geben Sie Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung der Ergebnisse? Ja Nein Unterschrift: _____



Untersuchungsergebnisse ThevoRelief



	Beobachtungen vor der Untersuchung	Ende der Woche 1 mit dem ThevoRelief	Ende der Woche 2 mit dem ThevoRelief	Ende der Woche 3 mit dem ThevoRelief	Ende der Woche 4 mit dem ThevoRelief
<p>Bitte schätzen Sie die folgenden Aussagen ein:</p> <p>(Ordnen Sie 1 bis 5 zu (5 = trifft vollkommen zu, 4 = trifft zu, 3 = trifft ein wenig zu, 2 = trifft nicht zu, 1 = trifft überhaupt nicht zu))</p>	Vor der ThevoRelief	Ergebnisse der 1 Woche	Ergebnisse der 2 Woche	Ergebnisse der 3 Woche	Ergebnisse der 4 Woche
Die Person schläft nachts relativ schnell ein.					
Die Person wacht weniger häufig auf, seit Sie auf ThevoRelief schläft.					
Die Person leidet nachts weniger unter Schmerzen (Druck- & Liegeschmerz)					
Der Rücken bzw. die Wirbelsäule wird optimal gestützt / entlastet.					
Positionswechsel während der Nacht verursachen Schmerzen.					
Die Beweglichkeit der Gelenke am Morgen fällt schwer.					

Unterschrift: _____

