

# Materialbedarf für den Biofeedback-Themenkurs: Biofeedback hautnah

Bitte ausgefüllt zurücksenden:

Fax: +49 (0) 5130 97778-22

Mail: [kundenbetreuung@meditech.de](mailto:kundenbetreuung@meditech.de)

|                    |  |  |
|--------------------|--|--|
| Teilnehmer*in (en) |  |  |
|--------------------|--|--|

**BITTE IN JEDER ZEILE EIN KREUZ SETZEN, DAMIT WIR EINE MÖGLICHE LEIHSTELLUNG SICHER VORBEREITEN KÖNNEN.**

| Produkt   | Artikelnr.                                    | Anzahl | ENTWEDER                  | ODER                   |                         |
|---|---|--------|---------------------------|------------------------|-------------------------|
|   |   |        | am Online-Platz vorhanden | benötigte Leihstellung | möchte Produkt kaufen * |
| <b>Basis-Technik (begrenzte Computer-Anzahl leihbar)</b>  |   |        |                           |                        |                         |
| Computer mit folgender installierter Software   | ASUS  | 1      | 0                         | 0                      | 0                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• BioGraph Infiniti (6.x)</li> <li>• Physio-Modul für ProComp Infiniti</li> <li>• Neuro-Module für ProComp Infiniti</li> </ul> | Software einzeln kann nicht entliehen werden. |        |                           |                        |                         |

| <b>Hardware</b>                                   |      |   |   |   |   |
|---|------|---|---|---|---|
| ProComp Infiniti (inkl. Ersatzbatterien (4 x AA)) | 8570 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| TT-USB-Adapter                                    | 8565 | 1 | 0 | 0 | 0 |

| <b>Sensoren</b>                                 |          |   |   |   |   |
|---|----------|---|---|---|---|
| HEG-Sensor mit Stirnband                        | 8717-Set | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Hautwiderstand-Sensor (Skin Conductance Sensor) | 8503     | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Hauttemperatur-Sensor (Temp.-Sensor)            | 8504     | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Atemaktivität-Sensor (Respiration-Sensor)       | 8505B    | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Blutvolumenpuls-Sensor (BVP) mit Fingerband     | 8534     | 1 | 0 | 0 | 0 |
| Muskelaktivität (Myo-Scan-Pro-EMG-Sensor)       | 8507     | 2 | 0 | 0 | 0 |
| EMG-Kopfband zur Elektrodenfixierung            | 8552     | 1 | 0 | 0 | 0 |
| EMG-Extenderkabel                               | 8549     | 2 | 0 | 0 | 0 |
| Blutdruckmessgerät                              | 8958-SET | 1 | 0 | 0 | 0 |

| <b>Elektrodensatz und Verbrauchsmaterial</b>       |        |          |   |   |   |
|--|--------|----------|---|---|---|
| Einfachelektroden (Streifen)                       | BF-Box | min. 20  | 0 | 0 | 0 |
| Dreifachelektroden (Trioden)                       |        | min. 10  | 0 | 0 | 0 |
| EEG-Paste  |        | 1        | 0 | 0 | 0 |
| Alkoholfäschchen (gefüllt) (kl. Menge ausreichend) |        | 1        | 0 | 0 | 0 |
| Leukosilk / Klebeband (Omnifix)                    |        | min. 1 m | 0 | 0 | 0 |

| <b>Weitere Voraussetzungen</b>                         |  |   |                       |  |  |
|--|--|---|-----------------------|--|--|
| Internet-Verbindung (schnell)                          |  | 1 | vor Ort erforderlich  |  |  |
| Zusatzmonitor (HDMI-Anschluss)                         |  | 1 | vor Ort bereitstellen |  |  |
| Webcam (wenn Computer nicht von Medi TECH entliehen)   |  | 1 | vor Ort bereitstellen |  |  |
| Mikrofon (wenn Computer nicht von Medi TECH entliehen) |  | 1 | vor Ort bereitstellen |  |  |

| <b>Weiteres Material</b>    |  |         |                     |  |  |
|-----------------------------|--|---------|---------------------|--|--|
| Wattepads (z. B. PurZellin) |  | min. 20 | bitte bereitstellen |  |  |
| Schere                      |  | 1       | bitte bereitstellen |  |  |

| <b>Skript</b>   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| Möchten Sie Ihr Skript ausgedruckt oder als PDF erhalten? |  |  |  |  |  |

\* Kreuzen Sie Material an dieser Stelle an, senden wir Ihnen diese Komponenten zum Kauf und damit zum Verbleib zu.

**Anschrift, an die das Material geschickt werden soll:**

|                   |  |
|-------------------|--|
| Ggf. Praxis-Name: |  |
| Name:             |  |
| Straße:           |  |
| PLZ + Ort:        |  |

|               |  |
|---------------|--|
| Datum:        |  |
| Unterschrift: |  |