

Bitte senden an:
REHA PARTNER THOMAS GmbH
Schulstraße 17
47199 Duisburg

Hinweis: Dieses Formular wird für die
Bearbeitung Ihres Kostenübernahme- bzw.
Erstattungsverfahrens benötigt.

Empfangsbestätigung und Einweisungsnachweis – Mobilitätshilfe Mobi-Roll

Hiermit bestätige ich den vollständigen Erhalt der Mobilitätshilfe Mobi-Roll (HMV-Nr. 22.50.02.0002) einschließlich des zugehörigen Zubehörs. Ich bestätige ferner, in die sichere und bestimmungsgemäße Nutzung der Mobilitätshilfe eingewiesen worden zu sein. Die Bedienungsanleitung sowie ein Erklärvideo stehen auf der Internetseite www.mobi-roll.de unter „Video-Galerie“ zur Verfügung.

Angaben des Versicherten

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr.: _____ Bestell-/Rechnungs-Nr.: _____

Telefon / E-Mail: _____

Nutzungsbedingungen

Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der Reckmann GmbH. Die Mobilitätshilfe verbleibt bis zur vollständigen Bezahlung bzw. bis zur vertragsgemäßen Rückgabe im Eigentum der Reckmann GmbH. Schäden, die durch unsachgemäße Nutzung oder schuldhafte Beschädigung entstehen, richten sich nach den gesetzlichen Vorschriften sowie den vereinbarten AGB.

Datenschutz und Kassenabrechnung

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist die Reckmann GmbH nicht in das Abrechnungsverfahren mit der Krankenkasse eingebunden. Weder die Reckmann GmbH noch die Reha Partner Thomas GmbH verfügen über einen Kenntnisstand zur Kostenübernahme, der über die dem Versicherten vorliegenden Informationen hinausgeht. Fragen zum Stand eines Kostenübernahme- oder Erstattungsverfahrens sind ausschließlich direkt an den zuständigen Kostenträger zu richten.

Versand der Unterlagen an die Reha Partner Thomas GmbH

Bitte senden Sie die für die Reha Partner Thomas GmbH bestimmte Ausfertigung zusammen mit dem Original-Rezept und der Rechnungskopie per Brief oder per Einwurf-Einschreiben an die genannte Anschrift.

Reha Partner Thomas GmbH
Schulstraße 17
47199 Duisburg

Bitte verwenden Sie kein Einschreiben mit Rückschein, da diese Sendungen häufig erst bei der Post abgeholt werden müssen und sich die Bearbeitung dadurch verzögert. **Vielen Dank für Ihre Unterstützung.**

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Versicherten: _____