

**DIESES DOKUMENT GILT AUSSCHLIESSLICH FÜR GESETZLICH VERSICHERTE**  
Falls Sie privat versichert sind, finden Sie weiterführende Informationen auf unserer Homepage im Bereich  
„Krankenkassen-Erstattung – Privatversicherte“.

**Bitte schicken Sie das ausgefüllte Dokument inkl. des  
Originalrezeptes und der Rechnung per Post an:  
REHA PARTNER THOMAS GmbH, Schulstr. 17, 47199 Duisburg**

**Empfangsbestätigung und Eigentumsvorbehaltserklärung im Rahmen von  
Versorgungspauschalen**

Name & Anschrift: \_\_\_\_\_

Bestell- / Rechnungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse (Name): \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Rufnummer: \_\_\_\_\_

erhält leihweise folgendes Hilfsmittel: Mobi-Roll, HMV-Nummer: 22.50.02.0002

Das Hilfsmittel wurde übergeben durch die **Firma Reckmann GmbH, Bernsweg 32, 47445 Moers**

Mit der Lieferung tritt folgende Vereinbarung in Kraft: Der/die Versicherte erklärt hiermit, dass er/sie das Hilfsmittel in einwandfreiem, gebrauchsfähigem Zustand erhalten hat und eine angemessene Einweisung Anleitung (auch mittels Videos/Bedienungsanleitung) erfolgte. Der/die Versicherte verpflichtet sich:

1. für eine ordnungsgemäße und sorgfältige Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen,
2. Beschädigungen, die von ihm/ihr vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden, auf eigene Kosten bei der Firma Reckmann GmbH beheben zu lassen,
3. das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
4. die Krankenkasse von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann,
5. das Hilfsmittel sowie Zubehör/Zurüstungen bleiben Eigentum der Firma Reckmann GmbH. Wenn die medizinischen Gründe für die Versorgung entfallen, ist das Hilfsmittel an den Leistungserbringer zurückzugeben.

Alle Service- und Supportleistungen erfolgen ausschließlich in Abstimmung mit der Reckmann GmbH, Bernsweg 32, 47445 Moers.

Das Sanitätshaus REHA PARTNER THOMAS GmbH übernimmt als zertifizierter Dienstleister die Abrechnung mit den Krankenkassen.

Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen des Leistungserbringers. Von den vorstehenden Bedingungen habe ich Kenntnis genommen.

Ort, Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_