

Empfangsbestätigung und Eigentumsvorbehaltserklärung im Rahmen von Versorgungspauschalen (bitte an REHA Partner Thomas senden!!)

Name & Anschrift: _____

Bestell-Nr.: _____

Versicherungs-Nr.: _____

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

Das Hilfsmittel wurde übergeben durch die Firma:

REHA PARTNER THOMAS GmbH, Schulstr. 17, 47199 Duisburg

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 dem Leistungserbringer beheben zu lassen,
3. das Hilfsmittel gegen Schaden durch Dritte, Verlust oder Diebstahl ausreichend zu sichern (Bei Beschädigung durch Dritte ist dem Leistungserbringer unverzüglich ein Schadenprotokoll mit Namen und Adresse des Schädigers zu übermitteln.
4. das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
5. die Krankenkasse von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann.

Das Hilfsmittel sowie Zubehör/Zurüstungen bleiben Eigentum des Lieferanten. Wenn die medizinischen Gründe für die Versorgung entfallen, ist das Hilfsmittel an den Leistungserbringer zurückzugeben.

6. Sofern der Leistungserbringer/Krankenkasse eine Übernahme der Kosten ablehnt, verbleibt die Zahllast beim Empfänger des Hilfsmittels.

Gegen eine Ablehnung muss seitens des Empfängers Einspruch eingelegt werden. Der Lieferant des Hilfsmittels hat auf deren Entscheidung keinerlei Einflussmöglichkeit. Erfolgt seitens des Empfängers kein Einspruch, oder hat der Empfänger bereits anderweitige Leistungen der Krankenkassen empfangen, über die er den Lieferanten nicht informiert hat, trägt der Empfänger den Bearbeitungsaufwand von REHAPARTNER Thomas in Höhe von 80,-€.

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

_____ Ort, Datum, Unterschrift