

Empfangsbestätigung und Eigentumsvorbehaltserklärung

im Rahmen von Versorgungspauschalen

Herr/Frau _____

Versicherungsnummer: _____

erhält leihweise folgendes Hilfsmittel:

Bezeichnung: _____

Hersteller: _____

HMV-Nummer /
bzw. Pseudo-HMV-Nummer: _____

Registrier-Nr. (falls vorhanden): _____

Das Hilfsmittel wurde übergeben durch

die Firma: _____

hier Herrn/Frau: _____

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 bzw. Ausbildung (soweit erforderlich) 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. Bei Diebstahl ist eine Kopie der polizeilichen Anzeige und der Schadensmeldung für die Hausratversicherung bei der AOK einzureichen.),
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.

Schäden und Verschleißerscheinungen jeder Art sind dem Leistungserbringer unverzüglich anzuzeigen. Die Hilfsmittel sind dem Leistungserbringer zur Reparatur zu überlassen. Eine Gewährleistung im Falle von Reparaturen und Wartungen durch Fremdfirmen erfolgt nicht, es sei denn, der Leistungserbringer hat im Vorfeld sein Einverständnis dazu erklärt.

Das Hilfsmittel sowie Zubehör/Zurüstungen bleiben Eigentum des Lieferanten. Wenn die medizinischen Gründe für die Versorgung entfallen, ist das Hilfsmittel an den Leistungserbringer zurückzugeben. In diesem Fall setzen Sie sich bitte mit der AOK in Verbindung.

Adress- und Namensänderungen sind dem Leistungserbringer mitzuteilen. Soweit es für die Erfüllung der Rechte und Pflichten aus der Hilfsmittelversorgung erforderlich wird, ist die AOK befugt, eine evtl. geänderte Anschrift dem Leistungserbringer zu übermitteln.

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

Ort, Datum, Unterschrift*

*Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder des gesetzlichen Betreuers oder der durch den Versicherten oder gesetzlichen Betreuer beauftragten Person