Versorgender LE

Anschrift
Telefonnummer

Angaben zum Versicherten:

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

KK-Versicherungsnr.: _____

Ggf. Name und Anschrift Betreuungsperson/gesetzlicher Betreuer: _____

Genaue Bezeichnung des gelieferten Hilfsmittels mit Hilfsmittelpositionsnummer

Datum der Abgabe des Hilfmittels an den Versicherten _____

Verpflichtungserklärung des Versicherten:

Dass das Hilfsmittel

- schonend zu behandeln und zu pflegen ist
- keinem Dritten zur Nutzung zu überlassen oder zu veräußern

Dem Versicherten/Bevollmächtigten wurde eine Gebrauchsanweisung und eine Ausfertigung der Dokumentation zur Verfügung gestellt.

_____ _____

Datum Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten

Sofern der Versicherte nicht selbst unterzeichnet, ist sein Name in Druckbuchstaben anzugeben: