

## Anlage 1

### Nachweis über die Durchführung einer mindestens 14-tägigen Erprobung eines

☐ Fremdkraftbetriebenen Beintrainer, Pos. Nr. 32.06.01.0

☐ Fremdkraftbetriebenen Armtrainer, Pos. Nr. 32.10.01.0

☐ Fremdkraftbetriebenen Kombinationstrainer für Arme und Beine, Pos. Nr. 32.29.01.0

Das oben gekennzeichnete Hilfsmittel wurde von mir mindestens 14 Tage erprobt. Ich wurde  
in den Gebrauch durch die Firma

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel

eingewiesen. Eine Bedienungsanleitung wurde mir ausgehändigt. Ich wurde darüber  
aufgeklärt, dass ich nach erfolgreicher Erprobung für die leihweise Überlassung des  
Hilfsmittels eine gesetzliche Zuzahlung von 10,- EUR zu entrichten habe. Ich komme mit der  
Nutzung des Hilfsmittels zurecht.

Name des Versicherten:\_\_\_\_\_

Geb. Datum des Versicherten:\_\_\_\_\_

Anschrift des Versicherten:\_\_\_\_\_

Krankenkasse des Versicherten:\_\_\_\_\_

KV-Nr. des Versicherten:\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift des Versicherten:\_\_\_\_\_