Leihvertrag über ein Hilfsmittel

Datenfeld Versicherter Angaben Krankenversicherungskarte			Datenfeld Hilfsmittelanbieter (Absender) Name – Adresse – IK	
		AOK Baden-Württemberg stellt dem/der Verfügung:	Versicherten als Sachleistung folgendes Hilfsmittel	
Bezeichnung des Hilfsmittels:				
10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer: Inventar-Nummer:				
Serien-Nummer/UDI-(PI) (sofern vorhanden):				
2. l	Der/Die Versicherte erklärt hiermit, das Hilfsmittel in ordnungsgemäßem und gebrauchsfähigem Zustand zusammen mit der Gebrauchsanweisung sowie einer eingehenden Einweisung in den Gebrauch erhalten zu haben. Das Hilfsmittel verbleibt bei ihm/ihr zur eigenen sachgerechten Nutzung, ggf. mit Hilfe seines/ihres Angehörigen oder Pflegedienstes, solange dies medizinisch notwendig ist. Das Hilfsmittel bleibt Eigentum der AOK Baden-Württemberg.			
3. 1	Der/Die Versicherte verpflichtet sich:			
	a)	5	d zu behandeln und alle für die Benutzung maßgeb- eln zu beachten und regelmäßig zu prüfen,	
	b)	Beschädigungen, die durch unsachgem eigene Kosten beheben zu lassen,	äßen Gebrauch oder Fahrlässigkeit entstehen, auf	
	c)		Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch icht die AOK Baden-Württemberg vorsätzlich oder Schaden verursacht hat.	
	d)	das Hilfsmittel nur selbst zu benutzen, gegen Schäden durch Dritte und gegen	es keinen anderen Personen zu überlassen und es Diebstahl hinreichend zu schützen,	
	e)	sobald es nicht mehr verwendet oder ge	berg in einem mangelfreien Zustand zurückzugeben, braucht wird oder ein Krankenkassenwechsel statt- ertrag. Es genügt eine Meldung bei der AOK Baden- nten Hilfsmittelanbieter.	
	f)		les Leihvertrages ist deutsches Recht anzuwenden. nicht. Änderungen bedürfen der Schriftform.	

Anlage 5: Vertrag gemäß § 127 Abs. 1 SGB V über die Versorgung der Versicherten der AOK Baden-Württemberg mit Hilfsmitteln der Produktart 17.99.01.1 (Apparate zur Kompressionstherapie), gültig ab 01.11.2023 (AC/TK: 15/19 01 H17)

Eine Ausfertigung dieses Leihvertrages habe ich erhalten.				
Ort, Datum	Unterschrift der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreter/			
Ort, Datum	Unterschrift der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreter/ Bevollmächtigten*			
Name des gesetzl. Vertreters/bzw.				
Bevollmächtigten*:	(in Druckbuchstaben)			
Status des gesetzl. Vertreters/bzw. Be-				
vollmächtigten*:				
☐ Exemplar für den/die AOK-Versicherte/	n Exemplar für die AOK Baden-Württemberg			
*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzlichen Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht voll-				
endet haben.				