

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: _____