

## Bestellschein und Mietvertrag (gültig ab 1.4.2019)

Preise inkl. MWST, MWST-Nr. CHE-107.916.774

Senden Sie mir bitte einen **RAPIDO-SEC®** zu den untenstehenden Mietbedingungen:

Das Mietverhältnis beginnt mit dem Versand des Apparates und dauert bis zu dessen Rückgabe.

**Der Mietpreis beträgt während den ersten 70 Tagen Fr. 4.30 pro Tag und ab dem 71. Tag Fr. 2.80 pro Tag, zuzüglich Versandkosten. Als Mindestmiete wird Fr. 100.- verrechnet. Konnte der Apparat aus irgendwelchen Gründen nicht angewendet werden und wurden dabei keine Sensoren gebraucht, verrechnen wir Ihnen nur Fr. 45.-, falls der Apparat innert 8 Tagen zurückgesendet wurde. Der vermietete Weckapparat bleibt Eigentum der Karl Bachmann AG. Ein allfälliger Verlust des Alarmkästchens oder des Senders oder deren Beschädigungen müssen wir Ihnen leider in Rechnung stellen.**

In der Miete inbegriffen sind **sämtliche Sensoren** sowie der Service für das Gerät. Allfällige Störungen am Gerät sind uns telefonisch zu melden; der Mieter erhält daraufhin sofort einen Ersatzapparat. Es wird vorausgesetzt, dass die Empfehlungen für die Anwendung des **RAPIDO-SEC®** genau studiert werden und das Gerät entsprechend eingesetzt wird.

**Nachdem der Bestellschein vollständig ausgefüllt ist, bitte Kopie abtrennen und behalten, damit Sie über die Mietpreise informiert sind. Gemäss Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL) übernehmen die Krankenkassen einen Teil der Vergütung.** Den aktuellen Vergütungssatz entnehmen Sie bitte der Homepage des Bundesamtes für Gesundheit (bag.admin.ch). Nach Beendigung der Therapie ist die Kopie des vom Arzt abgestempelten Bestellscheins mit unserer Rechnung der Krankenkasse zu übergeben.

Behandelnder Arzt: (auch Kopie stempeln)

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungs-Nr: \_\_\_\_\_

Bitte **vollständig** und **leserlich** ausfüllen und an **Karl Bachmann AG** senden oder faxen.

Name und Vorname  
des Patienten: \_\_\_\_\_

Name und Vorname  
der Eltern: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Alter des Patienten: \_\_\_\_\_ Jahre

Körpergrösse: \_\_\_\_\_ cm

Geschlecht:  männlich  weiblich

Tiefschläfer:  ja  nein

Schwitzt stark (im Bett):  ja  nein

Lieferung so schnell wie möglich   
(rechnen Sie bitte 2-3 Tage für den Posttransport ein)

oder erwünscht auf wann? \_\_\_\_\_

### Ich bin mit den Mietbedingungen einverstanden:

**Datum:** \_\_\_\_\_

Bestellung ohne Unterschrift ungültig

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

(Elternteil oder gesetzlicher Vertreter)

