

enovis™

ARTROMOT®

Übergabeprotokolle
Patientenbetreuer
Mietservice

**SCHNELLE AUSLIEFERUNG UND KOMPETENTE
PATIENTENBETREUUNG – DEUTSCHLANDWEIT**



ORMED GmbH | Bötzingen Straße 90 | 79111 Freiburg | Deutschland
Tel: 0800 1 676 333 gebührenfrei | Fax 0800 3 676 333 gebührenfrei
E-Mail: homecareservice@enovis.com | enovis-medtech.de

HINWEISE

1. Ausfüllen der Behandlungswerte:

Bitte tragen Sie hier die tatsächlich anfänglich eingestellten Werte ein und die im Verlauf dem Patienten mitgeteilten Maximalwerte.

2. Durchschläge

- Auslieferung → Beleg an Enovis
- Durchschlag für Patientenbetreuer
- Abholung → Beleg an Enovis
- Durchschlag für Patient

3. Informationen an den Patienten zu gesetzlichen Gegebenheiten

- Geräte verbleiben im Eigentum von Enovis Deutschland
- Er darf sie nicht verkaufen oder beschädigen
- Beschädigungen sind unverzüglich zu melden
- Gerät muss zur Abholung nach Ablauf der Mietdauer bereitgestellt werden
- Verlängerungen eine Woche vor Ende der Mietdauer organisieren und übersenden

4. Bei Anwendung ARTROMOT® ACTIVE-K

- Gelenk Knie ankreuzen
- Bewegungsausmaße analog CPM notieren
- Gewählten Therapieplan ankreuzen
- Stufen in Wochenspalten eintragen

Übergabeprotokoll Bewegungsschiene

ORMED GmbH · Bötzinger Straße 90 · 79111 Freiburg · homecareservice@enovis.com
Tel. 0800 1 676 333 (gebührenfrei) · Fax 0800 3 676 333 (gebührenfrei) · enovis-medtech.de

Patientendaten:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.-Nr. Festnetz: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____

Auftragsnummer:

WICHTIG → VG

O.g. Patient erhält gemäß ärztlicher Verordnung leihweise eine ARTROMOT®-Bewegungsschiene der ORMED GmbH für folgendes Gelenk, welche für die konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig ist:

☐

Knie

HMV-Nr.: 32.04.01.0

☐

Schulter

HMV-Nr.: 32.09.01.0

☐

Ellenbogen

HMV-Nr.: 32.08.01.0

☐

Sprunggelenk

HMV-Nr.: 32.02.01.0

☐

Typ: (z. B. S, S3, K2, etc.)

Artikelnummer:

Seriennummer:

Barcode-Nummer Schiene:

80.

Einstellungen der Bewegungsausmaße	1. Woche Grad	2. Woche Grad	3. Woche Grad	4. Woche Grad	Bemerkungen
Extension/Flexion					
Ad-/Abduktion					
Ante-/Retroversion					
Innen-/Außenrotation					
Elevation					
Pro-/Supination					
Dorsalflexion/Plantarextension					
In-/Eversion					
☐ ACL/PCL ☐ Knorpel ☐ TEP					

Empfangsbestätigung und Nutzungsbedingungen

Hiermit erkläre ich:

- Dass ich das o.g. Hilfsmittel in einwandfreiem, hygienischem und gebrauchsfähigem Zustand leihweise erhalten habe. Eine Funktionsprüfung wurde durchgeführt.
- Eine ausführliche und ausreichende Einweisung in die sachgerechte Handhabung, Anwendung, Pflege und den Betrieb des Hilfsmittels sowie eine Gebrauchsanweisung habe ich ebenfalls erhalten.
- Die persönliche Anpassung an individuelle Körper- und Bewegungsausmaße erhalten zu haben.

Ich bin weiter über folgende wichtige Punkte informiert worden:

- Sollte eine Verlängerung der Nutzung der Schiene medizinisch notwendig sein, soll spätestens 5 Werktage vor Ablauf der Mietzeit durch den Patienten eine Verlängerungsverordnung seines behandelnden Arztes beschafft und an die ORMED GmbH gesendet worden sein. Dies ist notwendig, damit die ORMED GmbH die Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse rechtzeitig einholen kann. Wenn die Dauer der medizinischen Notwendigkeit abgeschlossen ist oder keine Folgeverordnung vorgelegt werden kann, ist das Hilfsmittel zurückzugeben.
- Der Patient muss nach Ablauf der (verordneten und genehmigten) Mietzeit die CPM-Schiene zur Abholung zur Verfügung stellen. Wird die Schiene nicht zum vereinbarten Termin zur Abholung bereitgestellt, kann sich für den Patienten eine Schadensersatzverpflichtung ergeben. Dies gilt nicht, wenn eine Verschiebung des Abholtermins durch die ORMED GmbH erfolgt.
- Das Hilfsmittel sowie sämtliche Zubehörteile bleiben im Eigentum der ORMED GmbH.

Die ORMED GmbH wird meine Patientendaten, einschließlich Kontaktdaten sowie Informationen über die angeordnete Therapie, nur zu Zwecken der Durchführung des Nutzungsverhältnisses nutzen. Dazu kann es notwendig sein, telefonisch Kontakt zu Ihnen aufzunehmen, um beispielsweise Abrechnungsfragen oder Fragen der Rückgabe der Hilfsmittel mit Ihnen abzustimmen. Die ORMED GmbH kann dazu die Patientendaten an einen Dienstleister innerhalb der EU übermitteln, der als Auftragnehmer ebenfalls den Verschwiegenheitspflichten der ORMED GmbH unterworfen ist, z. B. ein Abrechnungszentrum. Weitere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Webseite: <https://www.enovis-medtech.de/datenschutz/datenschutzerklaerung>

Der Patient erklärt sich durch seine Unterschrift mit den o.g. Nutzungsbedingungen sowie auch mit den auf der Rückseite dieses Formulars aufgeführten Ergänzungen der Bedingungen einverstanden.

Der Patient bestätigt, dass er ein Exemplar dieses Formulars erhalten hat:

Datum und Unterschrift des Patienten

Die hygienische Aufbereitung, Einstellung und Einweisung erfolgte durch:

Name und Telefonnummer des Patientenbetreuers

Geräterückgabe ist erfolgt am:

Name und Telefonnummer des Patientenbetreuers

☐ Rezept/Verordnung im Original erhalten

Ergänzungen zur Empfangsbestätigung und den Nutzungsbedingungen

- Mit der vorderseitigen Unterschrift erklärt der Patient:
- Ich wurde über meine Wahlfreiheit bezüglich des Leistungserbringers informiert. Ich wünsche ausdrücklich, durch die ORMED GmbH versorgt zu werden.
 - Ich bin einverstanden, dass die ORMED GmbH mich nach Terminabsprache zur Versorgung in meinem häuslichen Wohnumfeld aufsucht und unterstütze die ORMED GmbH bei der Durchführung der Aufgaben.
 - Für Versorgungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gilt zusätzlich:
 - Ich wurde über die gesetzliche Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 SBG V informiert.
 - Die ORMED GmbH stellt eine mehrkostenfreie Lieferung sicher.
 - Ich wurde beraten, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind.

Der Patient verpflichtet sich:

- für eine ordnungsgemäße und sorgfältige Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen und das Hilfsmittel gegen Schädigungen z. B. durch Haustiere, Zigarettenrauch etc. zu schützen.
- das Hilfsmittel ausreichend gegen Schäden durch Dritte, Verlust oder Diebstahl zu sichern. Bei Beschädigungen bzw. Diebstahl ist eine Kopie des Schadensprotokolls bzw. der Anzeige und der Schadensmeldung vorzuhalten und die ORMED GmbH unverzüglich zu kontaktieren.
- für Beschädigungen, die nachweislich vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden, zu haften und diese auf eigene Kosten beheben zu lassen.
- das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden.
- seine Krankenkasse von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann.
- Schäden oder Verschleißerscheinungen jeder Art der ORMED GmbH unverzüglich anzuzeigen sowie Reparaturen, Wartungen oder Zubehörlieferungen nicht durch Fremdfirmen vornehmen zu lassen. Es ist in jedem Fall die ORMED GmbH unter den umseitig genannten Kontaktdaten zu informieren. Das Hilfsmittel ist der ORMED GmbH zur Reparatur zu überlassen.
- Änderungen der Kontaktdaten während der Nutzung (Telefonnummer, Name, Adresse) oder einen Versicherungsverwechsel der ORMED GmbH unverzüglich bekanntzugeben. Sollte dies unterbleiben, ist die Krankenkasse berechtigt, die aktuelle Anschrift mitzuteilen, soweit dies in direktem Zusammenhang mit dieser Hilfsmittelversorgung notwendig ist. Dieses Formular darf auf Nachfrage und zur Abrechnung an den Kostenträger übermittelt werden.

Nur für Privatpatienten und Selbstzahler:

Weitere Angaben zum Vertrag, Widerrufsrecht

Der Versorgungsvertrag umfasst die persönliche Auslieferung der ärztlich verordneten und umseitig aufgeführten Bewegungsschiene, die persönliche Einstellung auf den Patienten, die Bewegungsausmaße, eine ausführliche Einweisung in die Handhabung des Produkts, die Miete des Produkts sowie die Abholung. Die Mietdauer entspricht grundsätzlich der ärztlich verordneten Dauer, eine Kürzung der Mietdauer ist durch telefonische Abmeldung möglich. Die Mindestmietdauer beträgt 14 Tage. Die Mietdauer beginnt mit Übergabe der Bewegungsschiene und kann telefonisch, per Fax oder E-Mail verlängert werden.

Für Rückfragen und weitere Informationen stehen die Mitarbeiter der ORMED GmbH von Montag bis Freitag, 8.00 bis 17.00 Uhr unter der kostenlosen Telefonnummer 0800 1 676 333 oder Ihr persönlicher Patientenbetreuer zur Verfügung.

Die Rechnung ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang unter Angabe des Verwendungszwecks zu zahlen.

Es gilt die gesetzliche Mängelhaftung.

Mit der Unterschrift bestätigt der Leistungsempfänger, dass die ORMED GmbH mit der in Auftrag gegebenen Dienstleistung vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt und die CPM-Bewegungsschiene zum Tag der Unterschrift überlässt sowie die Einstellung und die Einweisung vornimmt. Bei Inanspruchnahme des Widerrufsrechts ist ein Wertersatz in Höhe der tatsächlich genutzten Mietzeit, mindestens jedoch in Höhe der Mindestmietzeit, fällig.

Widerrufsbelehrung, Widerrufsfrist und Folgen des Widerrufs

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab Erhalt der Ware. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns (ORMED GmbH, Bötzinger Straße 90, 79111 Freiburg) mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Folgen des Widerrufs:

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Wir holen die Ware ab.

Sie müssen für einen etwaigen Wertverlust der Waren nur aufkommen, wenn dieser Wertverlust auf einen zur Prüfung der Beschaffenheit, Eigenschaften und Funktionsweise der Waren nicht notwendigen Umgang mit ihnen zurückzuführen ist.

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistung während der Widerrufsfrist beginnen soll, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrags unterrichten, bereits erbrachten Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.

Muster Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück:

ORMED GmbH
Bötzinger Straße 90
79111 Freiburg
Fax: 0800 3 676 333
E-Mail: homecareservice@enovis.com

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag

über die Miete der folgenden Waren _____

bestellt am _____ /erhalten am _____

Name und Anschrift des/der Verbraucher(s) _____

Datum und Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier) _____

Übergabeprotokoll Bewegungsschiene

ORMED GmbH · Bötzingen Straße 90 · 79111 Freiburg · homecareservice@enovis.com
Tel. 0800 1 676 333 (gebührenfrei) · Fax 0800 3 676 333 (gebührenfrei) · enovis-medtech.de

Patientendaten:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.-Nr. Festnetz: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____

Auftragsnummer:

WICHTIG → VG

O.g. Patient erhält gemäß ärztlicher Verordnung leihweise eine ARTROMOT®-Bewegungsschiene der ORMED GmbH für folgendes Gelenk, welche für die konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig ist:

☐

Knie

HMV-Nr.: 32.04.01.0

☐

Schulter

HMV-Nr.: 32.09.01.0

☐

Ellenbogen

HMV-Nr.: 32.08.01.0

☐

Sprunggelenk

HMV-Nr.: 32.02.01.0

☐

Typ: (z. B. S, S3, K2, etc.)

Artikelnummer:

Seriennummer:

Barcode-Nummer Schiene:

80.

Einstellungen der Bewegungsausmaße	1. Woche Grad	2. Woche Grad	3. Woche Grad	4. Woche Grad	Bemerkungen
Extension/Flexion					
Ad-/Abduktion					
Ante-/Retroversion					
Innen-/Außenrotation					
Elevation					
Pro-/Supination					
Dorsalflexion/Plantarextension					
In-/Eversion					
☐ ACL/PCL ☐ Knorpel ☐ TEP					

Empfangsbestätigung und Nutzungsbedingungen

Hiermit erkläre ich:

- Dass ich das o.g. Hilfsmittel in einwandfreiem, hygienischem und gebrauchsfähigem Zustand leihweise erhalten habe. Eine Funktionsprüfung wurde durchgeführt.
- Eine ausführliche und ausreichende Einweisung in die sachgerechte Handhabung, Anwendung, Pflege und den Betrieb des Hilfsmittels sowie eine Gebrauchsanweisung habe ich ebenfalls erhalten.
- Die persönliche Anpassung an individuelle Körper- und Bewegungsausmaße erhalten zu haben.

Ich bin weiter über folgende wichtige Punkte informiert worden:

- **Sollte eine Verlängerung der Nutzung der Schiene medizinisch notwendig sein, soll spätestens 5 Werktage vor Ablauf der Mietzeit durch den Patienten eine Verlängerungsverordnung seines behandelnden Arztes beschafft und an die ORMED GmbH gesendet worden sein. Dies ist notwendig, damit die ORMED GmbH die Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse rechtzeitig einholen kann. Wenn die Dauer der medizinischen Notwendigkeit abgeschlossen ist oder keine Folgeverordnung vorgelegt werden kann, ist das Hilfsmittel zurückzugeben.**
- **Der Patient muss nach Ablauf der (verordneten und genehmigten) Mietzeit die CPM-Schiene zur Abholung zur Verfügung stellen. Wird die Schiene nicht zum vereinbarten Termin zur Abholung bereitgestellt, kann sich für den Patienten eine Schadensersatzverpflichtung ergeben. Dies gilt nicht, wenn eine Verschiebung des Abholtermins durch die ORMED GmbH erfolgt.**
- Das Hilfsmittel sowie sämtliche Zubehörteile bleiben im Eigentum der ORMED GmbH.

Die ORMED GmbH wird meine Patientendaten, einschließlich Kontaktdaten sowie Informationen über die angeordnete Therapie, nur zu Zwecken der Durchführung des Nutzungsverhältnisses nutzen. Dazu kann es notwendig sein, telefonisch Kontakt zu Ihnen aufzunehmen, um beispielsweise Abrechnungsfragen oder Fragen der Rückgabe der Hilfsmittel mit Ihnen abzustimmen. Die ORMED GmbH kann dazu die Patientendaten an einen Dienstleister innerhalb der EU übermitteln, der als Auftragnehmer ebenfalls den Verschwiegenheitspflichten der ORMED GmbH unterworfen ist, z. B. ein Abrechnungszentrum. Weitere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Webseite: <https://www.enovis-medtech.de/datenschutz/datenschutzerklaerung>

Der Patient erklärt sich durch seine Unterschrift mit den o.g. Nutzungsbedingungen sowie auch mit den auf der Rückseite dieses Formulars aufgeführten Ergänzungen der Bedingungen einverstanden.

Der Patient bestätigt, dass er ein Exemplar dieses Formulars erhalten hat:

Datum und Unterschrift des Patienten

Die hygienische Aufbereitung, Einstellung und Einweisung erfolgte durch:

Name und Telefonnummer des Patientenbetreuers

Geräterückgabe ist erfolgt am:

Name und Telefonnummer des Patientenbetreuers

☐ Rezept/Verordnung im Original erhalten

Patientenbetreuer

Ergänzungen zur Empfangsbestätigung und den Nutzungsbedingungen

- Mit der vorderseitigen Unterschrift erklärt der Patient:
- Ich wurde über meine Wahlfreiheit bezüglich des Leistungserbringers informiert. Ich wünsche ausdrücklich, durch die ORMED GmbH versorgt zu werden.
 - Ich bin einverstanden, dass die ORMED GmbH mich nach Terminabsprache zur Versorgung in meinem häuslichen Wohnumfeld aufsucht und unterstütze die ORMED GmbH bei der Durchführung der Aufgaben.
 - Für Versorgungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gilt zusätzlich:
 - Ich wurde über die gesetzliche Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 SBG V informiert.
 - Die ORMED GmbH stellt eine mehrkostenfreie Lieferung sicher.
 - Ich wurde beraten, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind.

Der Patient verpflichtet sich:

- für eine ordnungsgemäße und sorgfältige Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen und das Hilfsmittel gegen Schädigungen z.B. durch Haustiere, Zigarettenrauch etc. zu schützen.
- das Hilfsmittel ausreichend gegen Schäden durch Dritte, Verlust oder Diebstahl zu sichern. Bei Beschädigungen bzw. Diebstahl ist eine Kopie des Schadensprotokolls bzw. der Anzeige und der Schadensmeldung vorzuhalten und die ORMED GmbH unverzüglich zu kontaktieren.
- für Beschädigungen, die nachweislich vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden, zu haften und diese auf eigene Kosten beheben zu lassen.
- das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden.
- seine Krankenkasse von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann.
- Schäden oder Verschleißerscheinungen jeder Art der ORMED GmbH unverzüglich anzuzeigen sowie Reparaturen, Wartungen oder Zubehörlieferungen nicht durch Fremdfirmen vornehmen zu lassen. Es ist in jedem Fall die ORMED GmbH unter den umseitig genannten Kontaktdaten zu informieren. Das Hilfsmittel ist der ORMED GmbH zur Reparatur zu überlassen.
- Änderungen der Kontaktdaten während der Nutzung (Telefonnummer, Name, Adresse) oder einen Versicherungswechsel der ORMED GmbH unverzüglich bekanntzugeben. Sollte dies unterbleiben, ist die Krankenkasse berechtigt, die aktuelle Anschrift mitzuteilen, soweit dies in direktem Zusammenhang mit dieser Hilfsmittelversorgung notwendig ist. Dieses Formular darf auf Nachfrage und zur Abrechnung an den Kostenträger übermittelt werden.

Nur für Privatpatienten und Selbstzahler:

Weitere Angaben zum Vertrag, Widerrufsrecht

Der Versorgungsvertrag umfasst die persönliche Auslieferung der ärztlich verordneten und umseitig aufgeführten Bewegungsschiene, die persönliche Einstellung auf den Patienten, die Bewegungsausmaße, eine ausführliche Einweisung in die Handhabung des Produkts, die Miete des Produkts sowie die Abholung. Die Mietdauer entspricht grundsätzlich der ärztlich verordneten Dauer, eine Kürzung der Mietdauer ist durch telefonische Abmeldung möglich. Die Mindestmietdauer beträgt 14 Tage. Die Mietdauer beginnt mit Übergabe der Bewegungsschiene und kann telefonisch, per Fax oder E-Mail verlängert werden.

Für Rückfragen und weitere Informationen stehen die Mitarbeiter der ORMED GmbH von Montag bis Freitag, 8.00 bis 17.00 Uhr unter der kostenlosen Telefonnummer 0800 1 676 333 oder Ihr persönlicher Patientenbetreuer zur Verfügung.

Die Rechnung ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang unter Angabe des Verwendungszwecks zu zahlen.

Es gilt die gesetzliche Mängelhaftung.

Mit der Unterschrift bestätigt der Leistungsempfänger, dass die ORMED GmbH mit der in Auftrag gegebenen Dienstleistung vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt und die CPM-Bewegungsschiene zum Tag der Unterschrift überlässt sowie die Einstellung und die Einweisung vornimmt. Bei Inanspruchnahme des Widerrufsrechts ist ein Wertersatz in Höhe der tatsächlich genutzten Mietzeit, mindestens jedoch in Höhe der Mindestmietzeit, fällig.

Widerrufsbelehrung, Widerrufsfrist und Folgen des Widerrufs

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab Erhalt der Ware. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns (ORMED GmbH, Bötzingen Straße 90, 79111 Freiburg) mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Folgen des Widerrufs:

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Wir holen die Ware ab.

Sie müssen für einen etwaigen Wertverlust der Waren nur aufkommen, wenn dieser Wertverlust auf einen zur Prüfung der Beschaffenheit, Eigenschaften und Funktionsweise der Waren nicht notwendigen Umgang mit ihnen zurückzuführen ist.

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistung während der Widerrufsfrist beginnen soll, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrags unterrichten, bereits erbrachten Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.

Muster Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück:

ORMED GmbH
Bötzingen Straße 90
79111 Freiburg
Fax: 0800 3 676 333
E-Mail: homecareservice@enovis.com

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag

über die Miete der folgenden Waren _____

bestellt am _____ /erhalten am _____

Name und Anschrift des/der Verbraucher(s) _____

Datum und Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier) _____

Übergabeprotokoll Bewegungsschiene

ORMED GmbH · Bötzinger Straße 90 · 79111 Freiburg · homecareservice@enovis.com
Tel. 0800 1 676 333 (gebührenfrei) · Fax 0800 3 676 333 (gebührenfrei) · enovis-medtech.de

Patientendaten:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.-Nr. Festnetz: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____

Auftragsnummer:

WICHTIG → VG

O.g. Patient erhält gemäß ärztlicher Verordnung leihweise eine ARTROMOT®-Bewegungsschiene der ORMED GmbH für folgendes Gelenk, welche für die konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig ist:

☐

Knie

HMV-Nr.: 32.04.01.0

☐

Schulter

HMV-Nr.: 32.09.01.0

☐

Ellenbogen

HMV-Nr.: 32.08.01.0

☐

Sprunggelenk

HMV-Nr.: 32.02.01.0

☐

Typ: (z. B. S, S3, K2, etc.)

Artikelnummer:

Seriennummer:

Barcode-Nummer Schiene:

80.

Einstellungen der Bewegungsausmaße	1. Woche ___ Grad	2. Woche ___ Grad	3. Woche ___ Grad	4. Woche ___ Grad	Bemerkungen
Extension/Flexion					
Ad-/Abduktion					
Ante-/Retroversion					
Innen-/Außenrotation					
Elevation					
Pro-/Supination					
Dorsalflexion/Plantarextension					
In-/Eversion					
☐ ACL/PCL ☐ Knorpel ☐ TEP					

Abholbeleg

Empfangsbestätigung und Nutzungsbedingungen

Hiermit erkläre ich:

- Dass ich das o.g. Hilfsmittel in einwandfreiem, hygienischem und gebrauchsfähigem Zustand leihweise erhalten habe. Eine Funktionsprüfung wurde durchgeführt.
- Eine ausführliche und ausreichende Einweisung in die sachgerechte Handhabung, Anwendung, Pflege und den Betrieb des Hilfsmittels sowie eine Gebrauchsanweisung habe ich ebenfalls erhalten.
- Die persönliche Anpassung an individuelle Körper- und Bewegungsausmaße erhalten zu haben.

Ich bin weiter über folgende wichtige Punkte informiert worden:

- **Sollte eine Verlängerung der Nutzung der Schiene medizinisch notwendig sein, soll spätestens 5 Werktage vor Ablauf der Mietzeit durch den Patienten eine Verlängerungsverordnung seines behandelnden Arztes beschafft und an die ORMED GmbH gesendet worden sein. Dies ist notwendig, damit die ORMED GmbH die Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse rechtzeitig einholen kann. Wenn die Dauer der medizinischen Notwendigkeit abgeschlossen ist oder keine Folgeverordnung vorgelegt werden kann, ist das Hilfsmittel zurückzugeben.**
- **Der Patient muss nach Ablauf der (verordneten und genehmigten) Mietzeit die CPM-Schiene zur Abholung zur Verfügung stellen. Wird die Schiene nicht zum vereinbarten Termin zur Abholung bereitgestellt, kann sich für den Patienten eine Schadensersatzverpflichtung ergeben. Dies gilt nicht, wenn eine Verschiebung des Abholtermins durch die ORMED GmbH erfolgt.**
- Das Hilfsmittel sowie sämtliche Zubehörteile bleiben im Eigentum der ORMED GmbH.

Die ORMED GmbH wird meine Patientendaten, einschließlich Kontaktdaten sowie Informationen über die angeordnete Therapie, nur zu Zwecken der Durchführung des Nutzungsverhältnisses nutzen. Dazu kann es notwendig sein, telefonisch Kontakt zu Ihnen aufzunehmen, um beispielsweise Abrechnungsfragen oder Fragen der Rückgabe der Hilfsmittel mit Ihnen abzustimmen. Die ORMED GmbH kann dazu die Patientendaten an einen Dienstleister innerhalb der EU übermitteln, der als Auftragnehmer ebenfalls den Verschwiegenheitspflichten der ORMED GmbH unterworfen ist, z. B. ein Abrechnungszentrum. Weitere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Webseite: <https://www.enovis-medtech.de/datenschutz/datenschutzerklaerung>

Der Patient erklärt sich durch seine Unterschrift mit den o.g. Nutzungsbedingungen sowie auch mit den auf der Rückseite dieses Formulars aufgeführten Ergänzungen der Bedingungen einverstanden.

Der Patient bestätigt, dass er ein Exemplar dieses Formulars erhalten hat:

Datum und Unterschrift des Patienten

Die hygienische Aufbereitung, Einstellung und Einweisung erfolgte durch:

Name und Telefonnummer des Patientenbetreuers

Geräterückgabe ist erfolgt am:

Name und Telefonnummer des Patientenbetreuers

☐ Rezept/Verordnung im Original erhalten

Ergänzungen zur Empfangsbestätigung und den Nutzungsbedingungen

- Mit der vorderseitigen Unterschrift erklärt der Patient:
- Ich wurde über meine Wahlfreiheit bezüglich des Leistungserbringers informiert. Ich wünsche ausdrücklich, durch die ORMED GmbH versorgt zu werden.
 - Ich bin einverstanden, dass die ORMED GmbH mich nach Terminabsprache zur Versorgung in meinem häuslichen Wohnumfeld aufsucht und unterstütze die ORMED GmbH bei der Durchführung der Aufgaben.
 - Für Versorgungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gilt zusätzlich:
 - Ich wurde über die gesetzliche Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 SBG V informiert.
 - Die ORMED GmbH stellt eine mehrkostenfreie Lieferung sicher.
 - Ich wurde beraten, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind.

Der Patient verpflichtet sich:

- für eine ordnungsgemäße und sorgfältige Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen und das Hilfsmittel gegen Schädigungen z. B. durch Haustiere, Zigarettenrauch etc. zu schützen.
- das Hilfsmittel ausreichend gegen Schäden durch Dritte, Verlust oder Diebstahl zu sichern. Bei Beschädigungen bzw. Diebstahl ist eine Kopie des Schadensprotokolls bzw. der Anzeige und der Schadensmeldung vorzuhalten und die ORMED GmbH unverzüglich zu kontaktieren.
- für Beschädigungen, die nachweislich vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden, zu haften und diese auf eigene Kosten beheben zu lassen.
- das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden.
- seine Krankenkasse von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann.
- Schäden oder Verschleißerscheinungen jeder Art der ORMED GmbH unverzüglich anzuzeigen sowie Reparaturen, Wartungen oder Zubehörlieferungen nicht durch Fremdfirmen vornehmen zu lassen. Es ist in jedem Fall die ORMED GmbH unter den umseitig genannten Kontaktdaten zu informieren. Das Hilfsmittel ist der ORMED GmbH zur Reparatur zu überlassen.
- Änderungen der Kontaktdaten während der Nutzung (Telefonnummer, Name, Adresse) oder einen Versicherungsverwechsel der ORMED GmbH unverzüglich bekanntzugeben. Sollte dies unterbleiben, ist die Krankenkasse berechtigt, die aktuelle Anschrift mitzuteilen, soweit dies in direktem Zusammenhang mit dieser Hilfsmittelversorgung notwendig ist. Dieses Formular darf auf Nachfrage und zur Abrechnung an den Kostenträger übermittelt werden.

Nur für Privatpatienten und Selbstzahler:

Weitere Angaben zum Vertrag, Widerrufsrecht

Der Versorgungsvertrag umfasst die persönliche Auslieferung der ärztlich verordneten und umseitig aufgeführten Bewegungsschiene, die persönliche Einstellung auf den Patienten, die Bewegungsausmaße, eine ausführliche Einweisung in die Handhabung des Produkts, die Miete des Produkts sowie die Abholung. Die Mietdauer entspricht grundsätzlich der ärztlich verordneten Dauer, eine Kürzung der Mietdauer ist durch telefonische Abmeldung möglich. Die Mindestmietdauer beträgt 14 Tage. Die Mietdauer beginnt mit Übergabe der Bewegungsschiene und kann telefonisch, per Fax oder E-Mail verlängert werden.

Für Rückfragen und weitere Informationen stehen die Mitarbeiter der ORMED GmbH von Montag bis Freitag, 8.00 bis 17.00 Uhr unter der kostenlosen Telefonnummer 0800 1 676 333 oder Ihr persönlicher Patientenbetreuer zur Verfügung.

Die Rechnung ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang unter Angabe des Verwendungszwecks zu zahlen.

Es gilt die gesetzliche Mängelhaftung.

Mit der Unterschrift bestätigt der Leistungsempfänger, dass die ORMED GmbH mit der in Auftrag gegebenen Dienstleistung vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt und die CPM-Bewegungsschiene zum Tag der Unterschrift überlässt sowie die Einstellung und die Einweisung vornimmt. Bei Inanspruchnahme des Widerrufsrechts ist ein Wertersatz in Höhe der tatsächlich genutzten Mietzeit, mindestens jedoch in Höhe der Mindestmietzeit, fällig.

Widerrufsbelehrung, Widerrufsfrist und Folgen des Widerrufs

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab Erhalt der Ware. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns (ORMED GmbH, Bötzinger Straße 90, 79111 Freiburg) mittels einer eindeutigen Erklärung (z. B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Folgen des Widerrufs:

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Wir holen die Ware ab.

Sie müssen für einen etwaigen Wertverlust der Waren nur aufkommen, wenn dieser Wertverlust auf einen zur Prüfung der Beschaffenheit, Eigenschaften und Funktionsweise der Waren nicht notwendigen Umgang mit ihnen zurückzuführen ist.

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistung während der Widerrufsfrist beginnen soll, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrags unterrichten, bereits erbrachten Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.

Muster Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück:

ORMED GmbH
Bötzinger Straße 90
79111 Freiburg
Fax: 0800 3 676 333
E-Mail: homecareservice@enovis.com

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag

über die Miete der folgenden Waren _____

bestellt am _____ /erhalten am _____

Name und Anschrift des/der Verbraucher(s) _____

Datum und Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier) _____

Übergabeprotokoll Bewegungsschiene

ORMED GmbH · Bötzinger Straße 90 · 79111 Freiburg · homecareservice@enovis.com
Tel. 0800 1 676 333 (gebührenfrei) · Fax 0800 3 676 333 (gebührenfrei) · enovis-medtech.de

Patientendaten:

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.-Nr. Festnetz: _____ Mobil: _____
E-Mail: _____

Auftragsnummer:

WICHTIG → VG

O.g. Patient erhält gemäß ärztlicher Verordnung leihweise eine ARTROMOT®-Bewegungsschiene der ORMED GmbH für folgendes Gelenk, welche für die konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig ist:

☐

Knie

HMV-Nr.: 32.04.01.0

☐

Schulter

HMV-Nr.: 32.09.01.0

☐

Ellenbogen

HMV-Nr.: 32.08.01.0

☐

Sprunggelenk

HMV-Nr.: 32.02.01.0

☐

Typ: (z. B. S, S3, K2, etc.)

Artikelnummer:

Seriennummer:

Barcode-Nummer Schiene:

80.

Einstellungen der Bewegungsausmaße	1. Woche Grad	2. Woche Grad	3. Woche Grad	4. Woche Grad	Bemerkungen
Extension/Flexion					
Ad-/Abduktion					
Ante-/Retroversion					
Innen-/Außenrotation					
Elevation					
Pro-/Supination					
Dorsalflexion/Plantarextension					
In-/Eversion					
☐ ACL/PCL ☐ Knorpel ☐ TEP					

Patient

Empfangsbestätigung und Nutzungsbedingungen

Hiermit erkläre ich:

- Dass ich das o.g. Hilfsmittel in einwandfreiem, hygienischem und gebrauchsfähigem Zustand leihweise erhalten habe. Eine Funktionsprüfung wurde durchgeführt.
- Eine ausführliche und ausreichende Einweisung in die sachgerechte Handhabung, Anwendung, Pflege und den Betrieb des Hilfsmittels sowie eine Gebrauchsanweisung habe ich ebenfalls erhalten.
- Die persönliche Anpassung an individuelle Körper- und Bewegungsausmaße erhalten zu haben.

Ich bin weiter über folgende wichtige Punkte informiert worden:

- **Sollte eine Verlängerung der Nutzung der Schiene medizinisch notwendig sein, soll spätestens 5 Werktage vor Ablauf der Mietzeit durch den Patienten eine Verlängerungsverordnung seines behandelnden Arztes beschafft und an die ORMED GmbH gesendet worden sein. Dies ist notwendig, damit die ORMED GmbH die Genehmigung der jeweiligen Krankenkasse rechtzeitig einholen kann. Wenn die Dauer der medizinischen Notwendigkeit abgeschlossen ist oder keine Folgeverordnung vorgelegt werden kann, ist das Hilfsmittel zurückzugeben.**
- **Der Patient muss nach Ablauf der (verordneten und genehmigten) Mietzeit die CPM-Schiene zur Abholung zur Verfügung stellen. Wird die Schiene nicht zum vereinbarten Termin zur Abholung bereitgestellt, kann sich für den Patienten eine Schadensersatzverpflichtung ergeben. Dies gilt nicht, wenn eine Verschiebung des Abholtermins durch die ORMED GmbH erfolgt.**
- Das Hilfsmittel sowie sämtliche Zubehörteile bleiben im Eigentum der ORMED GmbH.

Die ORMED GmbH wird meine Patientendaten, einschließlich Kontaktdaten sowie Informationen über die angeordnete Therapie, nur zu Zwecken der Durchführung des Nutzungsverhältnisses nutzen. Dazu kann es notwendig sein, telefonisch Kontakt zu Ihnen aufzunehmen, um beispielsweise Abrechnungsfragen oder Fragen der Rückgabe der Hilfsmittel mit Ihnen abzustimmen. Die ORMED GmbH kann dazu die Patientendaten an einen Dienstleister innerhalb der EU übermitteln, der als Auftragnehmer ebenfalls den Verschwiegenheitspflichten der ORMED GmbH unterworfen ist, z. B. ein Abrechnungszentrum. Weitere Hinweise zum Datenschutz entnehmen Sie bitte unserer Webseite: <https://www.enovis-medtech.de/datenschutz/datenschutzerklaerung>

Der Patient erklärt sich durch seine Unterschrift mit den o.g. Nutzungsbedingungen sowie auch mit den auf der Rückseite dieses Formulars aufgeführten Ergänzungen der Bedingungen einverstanden.

Der Patient bestätigt, dass er ein Exemplar dieses Formulars erhalten hat:

Datum und Unterschrift des Patienten

Die hygienische Aufbereitung, Einstellung und Einweisung erfolgte durch:

Name und Telefonnummer des Patientenbetreuers

Geräterückgabe ist erfolgt am:

Name und Telefonnummer des Patientenbetreuers

☐ Rezept/Verordnung im Original erhalten

Ergänzungen zur Empfangsbestätigung und den Nutzungsbedingungen

- Mit der vorderseitigen Unterschrift erklärt der Patient:
- Ich wurde über meine Wahlfreiheit bezüglich des Leistungserbringers informiert. Ich wünsche ausdrücklich, durch die ORMED GmbH versorgt zu werden.
 - Ich bin einverstanden, dass die ORMED GmbH mich nach Terminabsprache zur Versorgung in meinem häuslichen Wohnumfeld aufsucht und unterstütze die ORMED GmbH bei der Durchführung der Aufgaben.
 - Für Versorgungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung gilt zusätzlich:
 - Ich wurde über die gesetzliche Zuzahlung nach § 33 Abs. 8 SBG V informiert.
 - Die ORMED GmbH stellt eine mehrkostenfreie Lieferung sicher.
 - Ich wurde beraten, welche Hilfsmittel und zusätzliche Leistungen für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind.

Der Patient verpflichtet sich:

- für eine ordnungsgemäße und sorgfältige Behandlung des Hilfsmittels zu sorgen und das Hilfsmittel gegen Schädigungen z.B. durch Haustiere, Zigarettenrauch etc. zu schützen.
- das Hilfsmittel ausreichend gegen Schäden durch Dritte, Verlust oder Diebstahl zu sichern. Bei Beschädigungen bzw. Diebstahl ist eine Kopie des Schadensprotokolls bzw. der Anzeige und der Schadensmeldung vorzuhalten und die ORMED GmbH unverzüglich zu kontaktieren.
- für Beschädigungen, die nachweislich vorsätzlich oder grob fahrlässig herbeigeführt wurden, zu haften und diese auf eigene Kosten beheben zu lassen.
- das Hilfsmittel nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden.
- seine Krankenkasse von jeder Haftung freizustellen, die sich aus dem Gebrauch des Hilfsmittels ergeben kann.
- Schäden oder Verschleißerscheinungen jeder Art der ORMED GmbH unverzüglich anzuzeigen sowie Reparaturen, Wartungen oder Zubehörlieferungen nicht durch Fremdfirmen vornehmen zu lassen. Es ist in jedem Fall die ORMED GmbH unter den umseitig genannten Kontaktdaten zu informieren. Das Hilfsmittel ist der ORMED GmbH zur Reparatur zu überlassen.
- Änderungen der Kontaktdaten während der Nutzung (Telefonnummer, Name, Adresse) oder einen Versicherungsverwechsel der ORMED GmbH unverzüglich bekanntzugeben. Sollte dies unterbleiben, ist die Krankenkasse berechtigt, die aktuelle Anschrift mitzuteilen, soweit dies in direktem Zusammenhang mit dieser Hilfsmittelversorgung notwendig ist. Dieses Formular darf auf Nachfrage und zur Abrechnung an den Kostenträger übermittelt werden.

Nur für Privatpatienten und Selbstzahler:

Weitere Angaben zum Vertrag, Widerrufsrecht

Der Versorgungsvertrag umfasst die persönliche Auslieferung der ärztlich verordneten und umseitig aufgeführten Bewegungsschiene, die persönliche Einstellung auf den Patienten, die Bewegungsausmaße, eine ausführliche Einweisung in die Handhabung des Produkts, die Miete des Produkts sowie die Abholung. Die Mietdauer entspricht grundsätzlich der ärztlich verordneten Dauer, eine Kürzung der Mietdauer ist durch telefonische Abmeldung möglich. Die Mindestmietdauer beträgt 14 Tage. Die Mietdauer beginnt mit Übergabe der Bewegungsschiene und kann telefonisch, per Fax oder E-Mail verlängert werden.

Für Rückfragen und weitere Informationen stehen die Mitarbeiter der ORMED GmbH von Montag bis Freitag, 8.00 bis 17.00 Uhr unter der kostenlosen Telefonnummer 0800 1 676 333 oder Ihr persönlicher Patientenbetreuer zur Verfügung.

Die Rechnung ist innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang unter Angabe des Verwendungszwecks zu zahlen.

Es gilt die gesetzliche Mängelhaftung.

Mit der Unterschrift bestätigt der Leistungsempfänger, dass die ORMED GmbH mit der in Auftrag gegebenen Dienstleistung vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt und die CPM-Bewegungsschiene zum Tag der Unterschrift überlässt sowie die Einstellung und die Einweisung vornimmt. Bei Inanspruchnahme des Widerrufsrechts ist ein Wertersatz in Höhe der tatsächlich genutzten Mietzeit, mindestens jedoch in Höhe der Mindestmietzeit, fällig.

Widerrufsbelehrung, Widerrufsfrist und Folgen des Widerrufs

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab Erhalt der Ware. Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns (ORMED GmbH, Bötzinger Straße 90, 79111 Freiburg) mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluss, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist. Zur Wahrung der Widerrufsfrist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufsrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Folgen des Widerrufs:

Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf dieses Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet. Wir holen die Ware ab.

Sie müssen für einen etwaigen Wertverlust der Waren nur aufkommen, wenn dieser Wertverlust auf einen zur Prüfung der Beschaffenheit, Eigenschaften und Funktionsweise der Waren nicht notwendigen Umgang mit ihnen zurückzuführen ist.

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistung während der Widerrufsfrist beginnen soll, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrags unterrichten, bereits erbrachten Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.

Muster Widerrufsformular

Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück:

ORMED GmbH
Bötzinger Straße 90
79111 Freiburg
Fax: 0800 3 676 333
E-Mail: homecareservice@enovis.com

Hiermit widerrufe(n) ich/wir den von mir/uns abgeschlossenen Vertrag

über die Miete der folgenden Waren _____

bestellt am _____ /erhalten am _____

Name und Anschrift des/der Verbraucher(s) _____

Datum und Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier) _____