



Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Ausgabedatum-/uhrzeit: \_\_\_\_\_

Abgabedatum-/uhrzeit: \_\_\_\_\_

**GERÄTETYP:**

Langzeit Blutdruck

Langzeit EKG

Polygraphie

**Liebe Patienten/innen,**

Die Leihgeräte stehen bei uns in der Praxis nur in begrenzter Anzahl zur Verfügung.

Daher bitten wir Sie um einen sorgsamem Umgang mit den Leihgeräten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie ein Gerät in **ordnungsgemäßen Zustand** erhalten haben und es **am Folgetag** in diesem Zustand in die Praxis **zurück bringen**.

Falls das **Gerät beschädigt, verschmutzt oder verspätet** wiedergebracht wird, stellen wir Ihnen dies mit **50€ in Rechnung**.

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)