

BESTELLBogen FÜR MÜTZEN



1. Kontaktdaten bitte vollständig eintragen

Name: Ihre Tel.-Nr (WICHTIG!):
 Vorname: E-Mail (WICHTIG):
 Strasse: Geburtsdatum:
 PLZ, Ort: Datum / Unterschrift:

2. Welche Art von Hörhilfe tragen Sie?

- Hörgerät (HG): links / rechts Hersteller:
- Cochlea Implantat (CI): links / rechts Hersteller:
- Knochenleitsystem (KL): links / rechts Hersteller:
- Softbandversorgung: Ja / Nein Hersteller: Cochlear Baha / Oticon Ponto

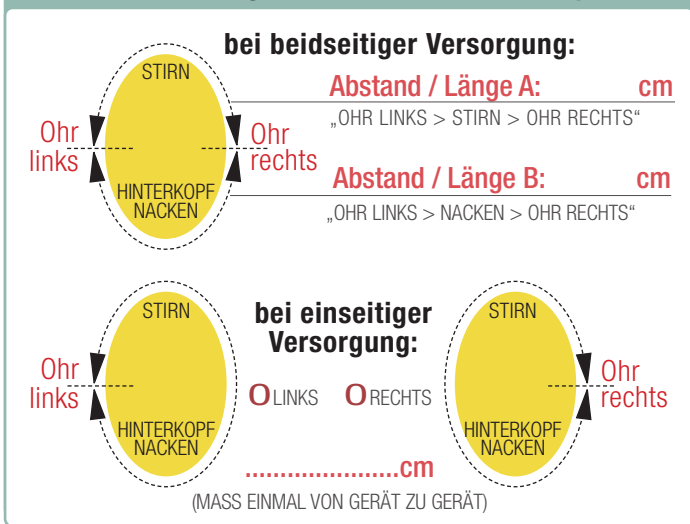
3a. Gemessener Kopfumfang und Kinnumfang



4. Mützen passend zur Hörhilfeversorgung ankreuzen

| Mützen Modelle | Hör-Geräte | Cochlea Implantate | Knochen-leitsysteme | Kombiniert |
|----------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| RADLER | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| LUCA | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| ERIC | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| NICO | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> Achtung: Softbandversorgung | |
| MIKA | | | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| OSCAR | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| CAP | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> SAMBA <input checked="" type="checkbox"/> KANSO |

3b. zusätzl. benötigte Maße bei Knochenleitsystemen



5. Stofffarbe eintragen, siehe auch: www.bajula-shop.de www.bajula.de/modelle/stoffmuster

Stofffarbe:

6. Versand ! Bitte übersenden Sie uns den Bestellbogen zusammen mit dem Rezept per Post an:

Als Sonderanfertigungen sind unsere Mützen auf Ihre Hörversorgung abgestimmt.
 Sprechen Sie mit Ihrem Hörakustiker, oder senden Sie direkt Ihr Rezept mit dem Bestellbogen an:

BAJULA®, MAREN PETROWSKY, MOZARTSTR. 18, 67824 FEILBINGERT



Unsere Mützen werden auf ihre Hörversorgung abgestimmt und sind **Sonderanfertigungen**.

Die Mützen sind auch für **kombinierte Systeme oder Knochenleitsysteme** geeignet.

Bitte sprechen Sie mit Ihrem Hörakustiker über Möglichkeiten einer **Kostenübernahme durch ihre Krankenkasse**.

Hierzu benötigen Sie ein **Rezept** von ihrem behandelnden Arzt (siehe Muster). Übersenden Sie uns den **Bestellschein und das Rezept**.

Gerne können Sie uns bei Rückfragen wie folgt kontaktieren: **E-Mail: info@bajula.de • Telefonnummer: 015120193822**