



## **ZENTRUM FÜR UNIVERSITÄRE INNERE MEDIZIN ST. PÖLTEN**

Univ.-Prof. Doz. Dr. Bernhard **Angermayr**

Doz. Dr. Klaus **Bobacz**

Doz. Dr. Stefan **Kastl**

Doz. Dr. Walter **Speidl**

## **Bestätigung & Einverständnis - 24 Blutdruckmessung**

1. Ich bestätige die Übernahme des 24-Stunden Blutdruckmessarmbands.
2. Ich verpflichte mich, das Gerät am nächsten Werktag um 8 Uhr zurückzugeben. Ich nehme zur Kenntnis, dass bei nicht zeitgerechter Rückgabe Kosten von 90 Euro verrechnet werden.
3. Ich bestätige, dass das Gerät bei Übernahme keine sichtbaren Schäden aufweist.
4. Ich wurde darüber informiert, dass das Gerät keinen Stößen, keiner starken Hitze und keiner Feuchtigkeit ausgesetzt werden darf. Ich werde mit dem Gerät weder baden, noch duschen. Bei Regen werde ich einen wasserdichten Regenschutz tragen.
5. Ich wurde informiert, dass ich ein Ereignisprotokoll führen muss. Ich werde jede körperliche Anstrengung sowie meine Bettruhe mit Angabe der Uhrzeit protokollieren.
6. Ich bin damit einverstanden, bei Verlust oder bei einer durch mich verursachten Beschädigung des Geräts die entstandenen Kosten zu tragen (bei Verlust 300 Euro, bei Beschädigung die Reparaturkosten).

Datum, Name und Unterschrift