

## 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

## 3. Bitte Kopfumfang messen



## 4. Folgende Mützen passen zu Ihrer Hörhilfeversorgung

Mützen Modelle	Hör-Geräte	Cochlea Implantate	Knochen-leitsysteme	Kombiniert
<b>RADLER</b>	✓	✓		
<b>LUCA</b>	✓	✓	✓	✓
<b>ERIC</b>			✓	
<b>MIKA</b>			✓	
<b>OSCAR</b>	✓	✓	✓	✓
<b>CAP</b>	✓	✓		✓ SAMBA ✓ KANSO

## 5. Stofffarbe ankreuzen oder eintragen weitere Stofffarben siehe: [www.bajula.de/modelle/stoffmuster](http://www.bajula.de/modelle/stoffmuster) oder [www.bajula-shop.de](http://www.bajula-shop.de)

..... Stofffarbe eintragen

## 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® GBR, ALFRED-NOBEL-STR. 2E, 55411 BINGEN-SPONSHEIM**



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 die Möglichkeit einer Kostenübernahme durch ihre Krankenkasse.  
 Hierzu benötigen Sie ein Rezept von ihrem behandelnden Arzt (siehe Muster). Bestellschein und das Rezept bitte Ihrem Hörakustiker übermitteln oder direkt an bajula GbR-Alfred-Nobel-Str.2e 55411 Bingen Sponsheim senden.  
 Gerne können Sie uns bei Rückfragen wie folgt kontaktieren: