ALLCON Allergie Concepte

An
Allcon Allergie Concepte
Postfach 1169
21301 Lüneburg

Antrag auf Versorgung mit allergendichten Zwischenbettbezügen

Service-Telefon: 04131-789 603

Ich übersende Ihnen hiermit meine vom Arzt erhaltene Verordnung/Rezept über allergendichte Zwischenbettbezüge zur weiteren Bearbeitung zu.

Name des Versicherten: ..... Geburtsdatum: .....
Name des Hauptversicherten (bei Kindern): .....
Adresse: .....
eventuell abweichende Lieferadresse: .....
Krankenkasse: ..... Versicherten-Nr.: .....
Telefon (tagsüber): .....
Email-Adresse: .....

Ich wurde in den letzten 10 Jahren schon einmal mit Allergie-Bettwäsche versorgt: ☐ nein ☐ ja

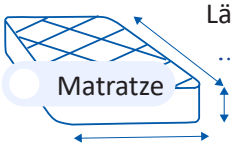
Eigenerklärung zur vollständigen Versorgung (Partnerversorgung/Etagenbettversorgung) der benötigten allergendichten Zwischenbettbezüge:

☐ Hiermit erkläre ich, dass ich eine Partnerversorgung benötige, da ich mit meinem/er Partner/in dauerhaft in einem Doppelbett schlafe.

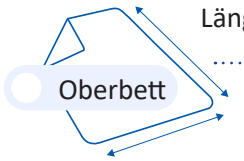
☐ Hiermit erkläre ich, dass mein Kind eine Doppelversorgung benötigt, da es mit dem Geschwisterkind in einem Etagenbett schläft.

Bitte tragen Sie die Maße Ihre Bettwäsche ein. Unterschreiben Sie bitte auch die Einwilligung zur Verwendung Ihrer personenbedingten Daten auf der Rückseite dieses Blattes!

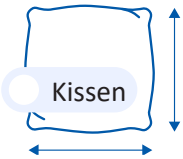
Maße für eigenes Bett



Länge: ..... cm
Höhe: ..... cm
Breite: ..... cm

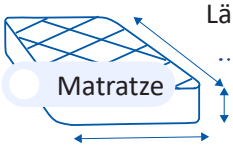


Länge: ..... cm
Breite: ..... cm

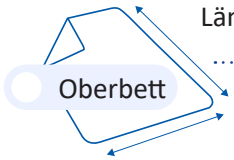


Länge: ..... cm
Breite: ..... cm

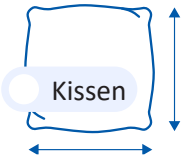
Maße für Partner-/Geschwister-Bett



Länge: ..... cm
Höhe: ..... cm
Breite: ..... cm



Länge: ..... cm
Breite: ..... cm



Länge: ..... cm
Breite: ..... cm

Übersicht der verfügbaren Standardgrößen

Matratzenbezüge	90 x 200 x 12	120 x 200 x 12	180 x 200 x 10	155 x 200
60 x 120 x 10	90 x 200 x 16	120 x 200 x 16	180 x 200 x 12	155 x 220
60 x 120 x 12	90 x 200 x 20	120 x 200 x 20	180 x 200 x 16	200 x 200
70 x 140 x 10	90 x 200 x 25	120 x 200 x 25	180 x 200 x 20	200 x 220
70 x 140 x 12	90 x 200 x 30	140 x 200 x 10	180 x 200 x 25	240 x 220
70 x 160 x 10	90 x 220 x 20	140 x 200 x 12	180 x 200 x 30	**Kissenbezüge**
80 x 200 x 10	100 x 200 x 10	140 x 200 x 16	200 x 200 x 10	40 x 40
80 x 200 x 12	100 x 200 x 12	140 x 200 x 20	200 x 200 x 12	40 x 60
80 x 200 x 16	100 x 200 x 16	140 x 200 x 25	200 x 200 x 20	40 x 80
80 x 200 x 20	100 x 200 x 20	140 x 200 x 30	200 x 200 x 25	50 x 70
90 x 190 x 10	100 x 200 x 25	160 x 200 x 10	200 x 200 x 30	60 x 80
90 x 190 x 12	100 x 200 x 30	160 x 200 x 12	**Oberbettbezüge**	65 x 65
90 x 190 x 16	100 x 220 x 10	160 x 200 x 16	100 x 140	70 x 90
90 x 190 x 20	100 x 220 x 12	160 x 200 x 20	135 x 200	80 x 80
90 x 190 x 25	100 x 220 x 20	160 x 200 x 25	135 x 220	35 x 50 x 12
90 x 200 x 10	120 x 200 x 10	160 x 200 x 30	140 x 200	40 x 60 x 12

Wichtig: Maßanfertigungen sind möglich. Preise für Maßanfertigungen fragen Sie bitte telefonisch bei uns an. Die Anfertigung für Maßanfertigungen beträgt etwa 6 - 8 Wochen. Die anfallenden Mehrkosten werden in der Regel von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen!

Hinweise:

- Rezepte / Verordnungen haben in der Regel eine Gültigkeit von 28 Tagen. Nur innerhalb dieses Zeitraums können wir für Sie den Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse einreichen. Deshalb ist es notwendig, dass Sie schnellstmöglich uns die fehlenden Informationen zukommen lassen!
- Die meisten Krankenkassen erstatten die allergendichten Zwischenbettbezüge (Encasings) bei gleichen Größen nur alle zehn Jahre. Um Kosten zu vermeiden, teilen Sie uns bitte mit, wenn Sie innerhalb der letzten zehn Jahre bereits mit Bezügen versorgt wurden.
- Falls sich die Größe Ihrer Bettwaren (Matratze, Zudecke oder Kissen) geändert hat (z.B. wenn ein Babybett gegen ein normales Bett ausgetauscht wird oder Sie ein neues Bett anschaffen), sprechen Sie uns hierzu an. Einige Krankenkassen erstatten die Kosten hierfür nach Einzelfallprüfung oder in Ausnahmefällen innerhalb der 10-Jahres-Frist.
- Für Patienten der Techniker Krankenkasse: Wenn auch das Bett von Partner oder Partnerin mit allergendichten Zwischenbezügen ausgestattet werden sollte, ist es notwendig, dass auf dem Rezept oder der Verordnung zwingend der Zusatz „Partnerversorgung“, „Ehebett“ oder „Doppelbett“ vermerk ist.

Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbedingter Daten: Ich bin damit einverstanden, dass durch die Firma Allcon GmbH meine Daten zum Zwecke der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass:

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und zur Erstellung elektronischer Kostenvoranschläge an externe Dienstleister übermittelt werden.
- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis ohne für mich nachteilige Folgen verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen. Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an die Allcon GmbH. Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung bei der Allcon GmbH gelöscht. Die Allcon GmbH wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte unterschreiben. Vielen Dank.

Hinweise zum Formular

Lieber Betroffener, lieber Patient,

Sie waren beim Arzt und sind im Besitz eines Rezeptes / einer Verordnung? Dann können Sie in den Genuss einer Erstattung durch Ihre Krankenkasse kommen!

Bitte führen Sie nun folgende Schritte durch:

1. Drucken Sie sich dieses Formular aus. Messen Sie die Größen von Matratze, Oberbett und Kissen und notieren Sie diese auf dem Formular. Bitte denken Sie auch daran die Höhe der Matratze zu messen, da der allergendichte Zwischenbettbezug die Matratze komplett umhüllt!
2. Senden Sie uns das ausgefüllte Formular und die Verordnung/Rezept per Post zu. Wir benötigen das Rezept im Original für die Beantragung der Erstattung der Kosten bei Ihrer Krankenkasse! Bitte keine Kopie oder Fax schicken! Denken Sie bitte auch daran uns eine E-Mail-Adresse und eine Telefonnummer mitzuteilen, unter der wir Sie tagsüber erreichen!
3. Informieren Sie sich vorab auf dieser Webseite über die verschiedenen Stofftypen, oder lassen Sie sich unsere Produktbroschüre mit Stoffproben zuschicken. Über anfallende Eigenanteile informiert Sie unser geschultes Personal gerne.
4. Nachdem alle Punkte geklärt sind, liefern wir die Ware aus und in kürzester Zeit halten Sie Ihre allergendichten Zwischenbettbezüge in den Händen!

Freiumschlag und Formular ausdrucken!

So geht's:

1. Ausgedrucktes Formular ausfüllen und bitte unterschreiben!
2. Ausgedrucktes Adressetikett ausschneiden und auf einen Umschlag kleben.
3. Rezept und Formular mit dem Freiumschlag einsenden.

Adressetikett für portofreien Rückumschlag

Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post
ANTWORT

Allcon GmbH
Postfach 1169
21301 Lüneburg