



Kostenlose Beratungs-Hotline:  
0800 - 255 02 66

An  
Allcon Allergie Concepte  
Postfach 1169  
21301 Lüneburg

Antrag auf Versorgung  
mit Textilien  
für Neurodermitiker

Ich übersende Ihnen hiermit meine vom Arzt erhaltene Verordnung/Rezept  
für Textilien für Neurodermitiker zur weiteren Bearbeitung zu.

Name des Versicherten: ..... Geburtsdatum: .....

Adresse: .....

abweichende Lieferadresse: .....

Krankenkasse: ..... Versicherten-Nr.: .....

Wichtig für Rückfragen:

Telefonnummer (tagsüber): .....

Email-Adresse: .....

Hinweis: 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.

**Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Daten:**

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Firma Allcon GmbH meine Daten zum Zwecke der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln erhoben, verarbeitet und genutzt, sowie an die Allertex GmbH und Alprevent GmbH als Hilfsmittelerbringer weitergegeben oder übermittelt und dort ebenfalls 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.

(Bitte unterschreiben. Vielen Dank.)

Datum: ..... Unterschrift: .....

## 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.
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!
3. Sobald Ihre Dokumente mit allen nötigen Angaben bei uns eingetroffen sind, nehmen wir Kontakt mit Ihrer Krankenkasse auf und klären die Höhe der Erstattung. Denken Sie bitte deshalb auch daran uns eine E-Mail-Adresse und eine Telefonnummer mitzuteilen, unter der wir Sie tagsüber erreichen!
4. 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.
5. Nachdem alle Punkte geklärt sind, liefern wir die Ware aus.!

## 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.

Adressetiket für portofreien Rückumschlag

---

Entgelt  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

Allcon GmbH  
Postfach 1169  
21301 Lüneburg