

Lieber Betroffener, lieber Patient,

Sie waren beim Arzt und sind im Besitz eines Rezeptes oder einer Verordnung? Wir können Ihnen die verordneten Zwischenbettbezüge/ Encasings/ Allergiker-Bettwäsche unter (Teil-) Kostenerstattung durch die Krankenkasse beliefern.

Bitte führen Sie nun folgende Schritte durch:

1. Drucken Sie das Bestellformular (zwei Seiten!) 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 und unterschriebene Formular und die Verordnung/das Rezept per Post zu. Wir benötigen das ärztliche Schreiben **im Original**, um die erstatteten Kosten mit der Techniker Krankenkasse direkt abrechnen zu können! **Bitte keine Kopie, Scan, Foto oder Fax schicken!**
3. Sobald Ihre Dokumente mit allen nötigen Angaben bei uns eingetroffen sind, prüfen wir, ob wir die allergendichten Zwischenbezüge ohne weitere Rückfragen an Sie versenden können. Denken Sie deshalb bitte daran uns Kontaktdaten (E-Mail-Adresse, Telefonnummer) mitzuteilen, unter denen wir Sie tagsüber erreichen können.
4. Zu den verschiedenen Stofftypen beraten wir Sie gerne telefonisch oder senden Ihnen Informationen per E-Mail zu. Sie können sich auch selbst auf der Webseite <https://www.allergieprodukte.de> nähere Informationen zu den drei Qualitäten einholen. Auf Anfrage schicken wir Ihnen eine Produktbroschüre mit Stoffproben zu.

Die auf der Homepage von Allcon angegebenen Privatzahler-Preise stimmen nicht mit den Vertragspreisen der Techniker Krankenkasse überein! Für die Preventsoft Qualität werden die Kosten von der Techniker Krankenkasse übernommen (wobei bei Erwachsenen eine Zuzahlung von 6,31 € pro Set anfallen, d.h. 12,62 € inkl. Partnerversorgung [Verordnungen nur über Matratzenüberzüge: 5€ Zuzahlung pro Überzug; bei Matratzen mit >120cm Breite zusätzliche Mehrkosten, die bei Set Verordnung nicht anfallen]). Die proAir und Deluxe Qualität lassen für Kinder und Erwachsene zusätzlich Mehrkosten anfallen: 89,95€ pro Set bzw. 36,95€ pro Matratzenüberzug, 30,00€ pro Oberbettbezug und 23,00€ pro Kissenüberzug. Sie können die einzelnen Überzüge in den Qualitäten frei kombinieren. Sofern die Maße Ihrer Bettwaren von den Standardmaßen abweichen und eine Maßanfertigung oder XXL-Überzüge erforderlich sind, nehmen wir mit Ihnen Kontakt bezüglich der Kosten und Lieferzeit auf. Klären Sie gerne vorab telefonisch oder per E-Mail die Maße und Kosten mit uns ab.

5. Sobald uns alle Informationen vorliegen, **senden wir Ihnen eine Rechnung über die Zuzahlungen und gegebenenfalls Mehrkosten. Nach Eingang der Zahlung an uns (bei Versorgung von Kindern unter 18 Jahren ohne Mehrkosten entfällt diese)** geben wir den Versand Ihrer allergendichten Zwischenbettbezüge in Auftrag, sodass Sie die Waren in kürzester Zeit direkt nach Hause geliefert bekommen.

Wichtige Hinweise! Bitte unbedingt beachten!

Achtung: Verordnung ist nur 28 Tage gültig!

Soll Ihr Partner auch mit allergendichten Bezügen ausgestattet werden, so muss dieses auf dem **Rezept mit dem Zusatz „Partnerversorgung erforderlich“** vermerkt werden! Pro Person (Versicherter/ Partner) wird nur ein Set (Matratze, Oberbett, Kissen) erstattet. Eine Verordnung eines zweiten Sets (zum Tausch, für einen zweiten Wohnsitz etc.) oder z.B. zusätzliche Kissenüberzüge können nicht zu Lasten der Krankenkasse beliefert werden. Privater Zukauf ist selbstverständlich möglich.

Auch Geschwisterkinder im Etagenbett können mit allergendichten Bezügen versorgt werden, sofern ein **Zusatz über „Versorgung mit einem Set für Geschwisterkind im Etagenbett“** auf dem Rezept/ der Verordnung angebracht ist.

Falls die Partner- oder Geschwisterverordnung nicht auf dem Rezept vermerkt ist, besteht die Möglichkeit eine Selbsterklärung abzugeben. Diese finden Sie anschließend an das Bestellformular.

Bei Rückfragen rufen Sie uns bitte an: 07143 94790

Bestellformular

Seite 1

Name des Versicherten: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ggf. abweichende Lieferadresse: _____

Krankenkasse: Krankenkassen-Nr.:	Versicherten-Nr.:
Wichtig für Rückfragen!	Telefonnummer(tagsüber): _____
	E-Mail-Adresse: _____
Ausstelldatum der Verordnung	
Ich wurde in den letzten 10 Jahren schon einmal mit Allergie-Bettwäsche versorgt: ☐ nein ☐ ja	

Bettenmaße bei einer Versorgung mit Allergie-Bettwäsche (Bitte auch die Höhe der Matratze eintragen!):			
Maße Matratze:	Länge: _____	Breite: _____	Höhe: _____ cm
Maße Matratze des Partners:	Länge: _____	Breite: _____	Höhe: _____ cm
Maße Oberbett (Bettdecke):	Länge: _____	Breite: _____	cm
Maße Oberbett des Partners:	Länge: _____	Breite: _____	cm
Maße Kissen:	Länge: _____	Breite: _____	cm
Maße Kissen des Partners:	Länge: _____	Breite: _____	cm
Wichtig: Ab 140er Breite gelten Matratzenbezüge als Partnerausstattung und sind daher nur einmal zum Setpreis erhältlich pro Bestellung/pro Kommission. Ab 200er Breite gelten Deckenbezüge als Partnerausstattung und sind daher nur einmal zum Setpreis erhältlich pro Bestellung/pro Kommission.			

Qualität	Preventsoft	pro Air	Deluxe
Bitte ankreuzen	☐ Set _____ mal	☐ Set _____ mal (Mehrkosten 89,95€)	☐ KI+OB _____ mal (Mehrkosten 53,00 €)
Set = Matratze (MA) + Oberbett (OB) + Kissen (KI)	☐ MA _____ mal	☐ MA _____ mal (Mehrkosten 36,95€)	
	☐ OB _____ mal	☐ OB _____ mal (Mehrkosten 30,00€)	☐ OB _____ mal (Mehrkosten 30,00€)
	☐ KI _____ mal	☐ KI _____ mal (Mehrkosten 23,00 €)	☐ KI _____ mal (Mehrkosten 23,00 €)

Bestellformular

Seite 2

Zusatzprodukte	Preis	Anzahl
Vollwaschmittel Prevent Pure 1 Liter	9,95€	
Vollwaschmittel Prevent Pure 2 Liter	16,95€	
Milbenspray Prevent Niem 250 ml	17,95€	
Milbenspray Prevent Niem 500 ml	26,95€	

Weitere Bezüge	Größen	Qualität/Preis pro Stück		Anzahl
Nackenstützkissen	35x50x12	Preventsoft 33,00€	Deluxe 39,00€	
Nackenstützkissen	40x60x12	Preventsoft 33,00€	Deluxe 39,00€	
Reiselaken	140x240	Preventsoft 54,00€	ProAir 69,00€	
Spannbettlaken	100x200x20	Preventsoft 54,00€	ProAir 69,00€	
Spannbettlaken	140x200x20	Preventsoft 54,00€	ProAir 69,00€	
Reiseschlafsack		39,90€		

Weitere Bettwaren Infos siehe www.allergieprodukte.de

Hinweis: Rezepte haben in der Regel eine **Gültigkeit von 28 Tagen**. In diesem Zeitrahmen können wir Ihr Rezept/ Ihre Verordnung mit der Techniker Krankenkasse abrechnen. Die Techniker Krankenkasse **beteiligt sich alle 10 Jahre an den Kosten** für Allergiebezüge. **Bei einer Doppelversorgung innerhalb dieser 10 Jahre ist die Kostenübernahme nicht gewährleistet und wir müssen Ihnen die Ware ggf. nachträglich in Rechnung stellen.**

Die Versendung der Ware erfolgt erst nach Eingang der Zahlung, bei Versorgung von Kindern unter 18 Jahren ohne Mehrkosten nach Erhalt aller Daten.

Datenschutzerklärung: Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde, Sie haben eine ärztliche Bescheinigung bzw. Rezept von Ihrem Arzt erhalten und dieses direkt an uns oder Ihre Krankenkasse übermitteln lassen. Oder Sie haben sich vielleicht selbst an uns gewendet, um sich mit hochwertigen Qualitätsprodukten aus dem Hause Allcon versorgen zu lassen. Dafür möchten wir Ihnen danken und mitteilen, dass aus Gründen der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln und zur Abrechnung mit Ihrer Krankenkasse die Verarbeitung einiger Ihrer personenbezogenen Daten notwendig ist. Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Telefonnummer, E-Mailadresse, Geburtsdatum, Krankenversicherungsnummer und Versichertenstatus. Diese Daten werden an Ihre Krankenkasse, die Firma Allcon als Lieferant, DHL als Versanddienstleister und, soweit erforderlich, an einen externen Dienstleister, zur Erstellung eines elektronischen Kostenvoranschlags für Ihre Krankenkasse, übermittelt. Diese Daten werden für die Dauer nach gesetzlichen Vorgaben (z.B. steuerrelevante) und für eventuelle Gewährleistungsansprüche gespeichert. Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung bzw. Vergessenwerden und Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten. Sie können, ohne nachteilige Folgen, der Verarbeitung widersprechen. Darüber hinaus haben Sie ein Recht auf Datenübertragbarkeit und können bei Ihrer zuständigen Landesbehörde für Datenschutz Beschwerde einreichen.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und die Kenntnisnahme der Hinweise und der Datenschutzerklärung

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen: Eltern oder Sorgeberechtigte)

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

- ☐ Hiermit erkläre ich, dass ich eine Partnerversorgung benötige, da ich mit meinem Partner*in in einem Doppelbett schlafe.
- ☐ Hiermit erkläre ich, dass mein Kind eine Doppelversorgung benötigt, da es mit dem Geschwisterkind in einem Etagenbett schläft.

Persönliche Daten für den Datenabgleich:

Name des Versicherten: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

eventuell abweichende Lieferadresse: _____

Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr.: _____

Wichtig für Rückfragen! Telefonnummer (tagsüber): _____

E-Mail-Adresse: _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift _____

Bitte unterschreiben Sie dieses Formular und senden Sie uns dieses als Brief per Post an:

Sonnen-Apotheke

Schillerstr. 59

74366 Kirchheim

oder als Scan oder Foto per E-Mail an:

info@sonnen-apo-kirchheim.de