

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 sich 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 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 5,89€ pro Set anfallen, d.h. 11,78€ 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: 74,95€ pro Set bzw. 30,95€ pro Matratzenüberzug, 25,00€ pro Oberbettbezug und 19,00€ 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 Maße und Kosten mit uns ab.

5. Sobald uns alle Informationen vorliegen, geben wir den kostenfreien 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 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.

Bei einer Änderung der Bettengröße (z.B. wenn Ihr Kind ein größeres Bett bekommt oder Sie sich ein neues Bett angeschafft haben) ist eine neue Beantragung bei Ihrer Krankenkasse möglich.

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

Sehr geehrtes Team der Sonnen-Apotheke,

hiermit sende ich Ihnen meine vom Arzt erhaltene Verordnung bzw. mein Rezept über allergendichte Zwischenbettbezüge/ Encasings/ Allergiker-Bettwäsche zur weiteren Bearbeitung zu.

Name des Versicherten: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

ggf. abweichende Lieferadresse: _____

Krankenkasse: Krankenkassen-Nr.:	Versicherten-Nr.:
Wichtig für Rückfragen!	Telefonnummer(tagsüber): _____
Ausstelldatum der Verordnung	E-Mail-Adresse: _____
Ich wurde in den letzten 10 Jahren schon einmal mit Allergie-Bettwäsche versorgt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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

Stofftyp *4. Bitte ankreuzen	Preventsoft	pro Air	Deluxe
	<input type="checkbox"/> Set ____ mal	<input type="checkbox"/> Set ____ mal (Mehrkosten 74,95€)	<input type="checkbox"/> KI+OB ____ mal (Mehrk. 44,00 €)
	<input type="checkbox"/> MA ____ mal	<input type="checkbox"/> MA ____ mal (Mehrkosten 30,95€)	
Set = Matratze (MA) + Oberbett (OB)	<input type="checkbox"/> OB ____ mal	<input type="checkbox"/> OB ____ mal (Mehrkosten 25,00€)	<input type="checkbox"/> OB ____ mal (Mehrkosten 25,00€)
+ Kissen (KI)	<input type="checkbox"/> KI ____ mal	<input type="checkbox"/> KI ____ mal (Mehrkosten 19,00 €)	<input type="checkbox"/> KI ____ mal (Mehrkosten 19,00 €)

Bestellformular

Seite 2

Zusatzprodukte	Preis	Anzahl
Vollwaschmittel Prevent Pure 1 Liter	9,95€	
Vollwaschmittel Prevent Pure 2 Liter	16,95€	
Anti-Milben-Spray Niem 100 ml	12,50€	
Anti-Milben-Spray Niem 250 ml	19,50€	
Reiseschlafsack	39,90€	

Bettwaren Infos siehe www.allergieprodukte.de	Typ/Maße	Anzahl
Dream-Kopfkissen		
Dream-Bettdecke		

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 Kindern auch bei Größenänderung). Bei einer Doppelversorgung innerhalb dieser 10 Jahre ist die Kostenübernahme nicht gewährleistet und wir müssen Ihnen die Ware ggf. nachträglich in Rechnung stellen. Sollten Sie sich nicht melden, können wir Ihren Auftrag nicht ordnungsgemäß weiterbearbeiten.

Mit freundlichen Grüßen,

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 Versicherterstatus. Diese Daten werden an Ihre Krankenkasse, 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.

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
wir benötigen von Ihnen eine unterschriebene Erklärung zur Partnerversorgung.

**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): _____

Email-Adresse: _____

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 Email an:

info@sonnen-apo-kirchheim.de