



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: .....

Adresse: .....

eventuell abweichende Lieferadresse: .....

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

Wichtig für Rückfragen! Telefonnummer (tagsüber): .....

Email-Adresse: .....

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

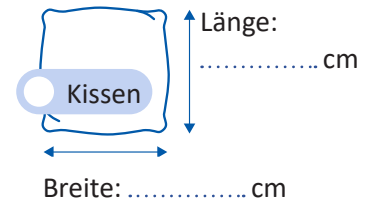
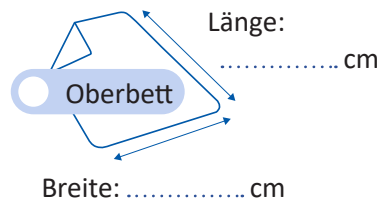
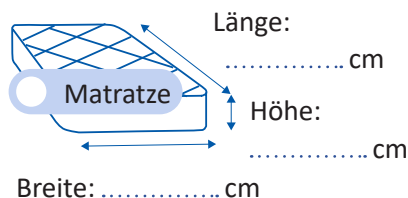
Eigenerklärung zur vollständigen Versorgung (Partnerversorgung/Etagenbettversorgung) der benötigten allergendichten Zwischenbettbezüge:

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

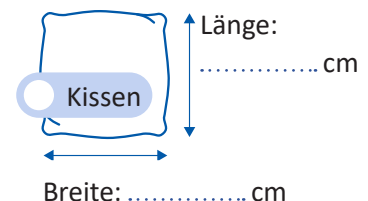
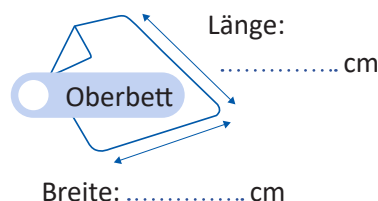
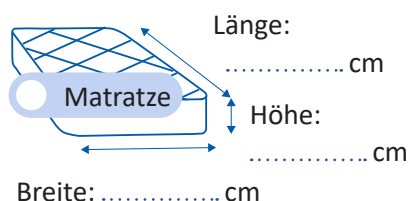
Hiermit erkläre ich, dass mein Kind eine Doppelversorgung benötigt, da es mit dem Geschwisterkind in einem Etagenbett schläft.

Bitte tragen Sie die Maße Ihre Bettwäsche ein und unterschreiben Sie die Einwilligung zur Verwendung Ihrer personenbedingten Daten auf der Rückseite dieses Blattes!

### Maße für eigenes Bett



### Maße für Partner-Bett



# Übersicht der verfügbaren Standardgrößen

Matratzenbezüge				Oberbettbezüge
60 x 120 x 10	90 x 200 x 30	140 x 200 x 10	200 x 200 x 10	100 x 140
70 x 140 x 10	90 x 220 x 20	140 x 200 x 12	200 x 200 x 12	135 x 200
70 x 160 x 10	100 x 200 x 10	140 x 200 x 16	200 x 200 x 20	135 x 220
80 x 200 x 10	100 x 200 x 12	140 x 200 x 20	<b>XXL-Matratzenbezüge</b>	140 x 200
80 x 200 x 12	100 x 200 x 16	140 x 200 x 25	160 x 200 x 30*	155 x 200
80 x 200 x 16	100 x 200 x 20	140 x 200 x 30	180 x 200 x 30*	155 x 220
80 x 200 x 20	100 x 200 x 25	160 x 200 x 10	200 x 200 x 25*	200 x 200
90 x 190 x 10	100 x 200 x 30	160 x 200 x 12	200 x 200 x 30*	200 x 220
90 x 190 x 12	100 x 220 x 10	160 x 200 x 16	*mit 3-Seiten-Reißverschluss, *mit Zuzahlung	220 x 240
90 x 190 x 16	100 x 220 x 12	160 x 200 x 20		<b>Kissenbezüge</b>
90 x 190 x 20	100 x 220 x 20	160 x 200 x 25		40 x 40
90 x 200 x 10	120 x 200 x 10	180 x 200 x 10	<b>Spannbettlaken</b>	40 x 60
90 x 200 x 12	120 x 200 x 12	180 x 200 x 12	100 x 200 x 20	40 x 80
90 x 200 x 16	120 x 200 x 16	180 x 200 x 16	140 x 200 x 20	50 x 70
90 x 200 x 20	120 x 200 x 20	180 x 200 x 20	<b>Reisebettlaken</b>	70 x 90
90 x 200 x 25	120 x 200 x 25	180 x 200 x 25	140 x 240	80 x 80

**Wichtig:** Maßanfertigungen sind möglich. Preise für Maßanfertigungen und XXL-Bezüge fragen Sie bitte telefonisch bei uns an. Die Anfertigungs 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“ vermerkt ist.

## 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 werden. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass:

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobene 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. 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!
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 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 Adresstikett ausschneiden und auf einen Umschlag kleben.
3. Rezept und Formular mit dem Freiumschlag einsenden.

Adresstikett für portofreien Rückumschlag

---

Entgelt  
zahlt  
Empfänger

Deutsche Post   
ANTWORT

Allcon GmbH  
Postfach 1169  
21301 Lüneburg