

Encasing-Versorgung



Liebe Kundin, lieber Kunde,

Sie sind im Besitz eines Rezeptes/ einer Verordnung über Allergiezwischenbettwäsche bzw. Encasing?

Dann können Ihnen durch Ihre Krankenkasse die Kosten hierfür erstattet oder bezuschusst werden.

Wir unterstützen Sie dabei gerne!

Lesen Sie sich bitte die folgenden Informationen gut durch:

1. Wichtige Hinweise

- a. **Rezepte** haben in der Regel eine **Gültigkeit von 28 Tagen**. Nur in diesem Zeitrahmen können wir für Sie den anfallenden Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse einreichen.
- b. Die meisten Krankenkassen erstatten in der Regel bei gleichbleibender Größe **alle 10 Jahre** neue Zwischenbezüge. Wurden Sie innerhalb dieser Zeit schon einmal von einem Versorger mit Zwischenbezügen ausgestattet, dann bitten wir Sie, uns dies im Formular mitzuteilen. Sie vermeiden unerwünschte zusätzliche Kosten hierdurch!
- c. Bei einer Änderung der Bettengröße, z. B. wenn Ihr Kind ein größeres Bett bekommt, ist eine neue Beantragung bei ihrer Krankenkasse möglich. Bitte teilen Sie uns dies mit!
- d. Soll Ihr Partner auch mit allergendichten Zwischenbezügen ausgestattet werden, so muss dies auf dem Rezept mit dem Zusatz **Partnerversorgung** vermerkt sein!
Einige Krankenkassen übernehmen hierfür die Kosten. Dies gilt auch bei Geschwister. Vermerk hierfür auf dem Rezept: **Etagenbett**.
Die mögliche Beantragung wird durch uns geprüft.

2. Messen

Messen Sie die Größe von Matratze, Oberbett und Kissen aus. Bitte denken Sie auch daran, die Höhe der Matratze zu messen! (Allergendichte Zwischenbezüge umhüllen die Matratze komplett)

3. Versorgungsformular

Füllen Sie bitte das Versorgungsformular komplett aus und senden Sie uns dies mit der Verordnung/ Rezept unterschrieben zu.

Achtung: Wir benötigen das Rezept im Original für die Kostenerstattung. Bitte keine Kopie schicken!

Nach Eingang der Dokumente bearbeiten wir Ihr Anliegen und nehmen bei Fragen Kontakt zu Ihnen auf. Zudem klären wie mit Ihrer Krankenkasse die Höhe der Erstattung. Denken Sie bitte deshalb daran, uns ihre Telefonnummer (Festnetz oder Mobil) mitzuteile, unter der wir Sie **tagsüber erreichen**.

Nachdem alle Punkte geklärt sind, liefern wir die Ware per DHL in kürzester Zeit an Sie aus.

Haben Sie Fragen? Dann kontaktieren Sie unser Team per Mail info@gandermed.de.

Versorgungsformular



Bitte mit Rezept per Post im Original senden.

Kontaktdaten & Rechnungsadresse

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße + Hausnummer	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Krankenkasse	Versichertennummer	
_____	_____	_____
Telefon (für Rückfragen)	Mail	
Ggf. abweichende Lieferadresse		
_____	_____	_____
Straße + Hausnummer	PLZ	Ort

Wurden Sie in den letzten 10 Jahren schon einmal mit Allergie-Zwischenbettbezügen versorgt?

Nein Ja

Hinweise/ Sonstiges

Produktauswahl und Maße

Bettenmaße eintragen (Bitte unbedingt auch Matratzenhöhe) und die gewünschte Qualität ankreuzen.

Matratze

_____ cm x _____ cm x _____
 Länge Breite Höhe

Matratze des Partners/ Geschwisterkind

_____ cm x _____ cm x _____
 Länge Breite Höhe

Qualität

ALLCON PREVENTSOFT

ALLCON PROAIR

(aufzahlungsfreies Produkt/ Kassenmodell)

Oberbett (Bettdecke)

_____ cm x _____ cm
 Länge Breite

Oberbett des Partners / Geschwisterkind

_____ cm x _____ cm
 Länge Breite

Qualität

ALLCON PREVENTSOFT (aufzahlungsfreies Produkt/ Kassenmodell)

ALLCON PROAIR

ALLCON DELUXE

Kissen

_____ cm x _____ cm
 Länge Breite

Kissen des Partners

_____ cm x _____ cm
 Länge Breite

Qualität

ALLCON PREVENTSOFT (aufzahlungsfreies Produkt/ Kassenmodell)

ALLCON PROAIR

ALLCON DELUXE

Versorgungsformular Seite 3

Information zu den Qualitäten

Eine **zusätzliche Aufzahlung** ist nur dann erforderlich, wenn Ihre Bett- und Bettdeckenmaße von den Standardmaßen abweichen oder Sie statt Allcon Preventsoft eine andere Qualität der Firma Allcon wünschen.

Allcon Allergenbettwäsche ist eine hochwertige milbendichte Bettwäsche, die wir Ihnen in drei Ausführungen anbieten können:

- **ALLCON PREVENTSOFT** aufzahlungsfrei für Matratze, Kopfkissen und Bettdecke:
hohes Partikelrückhaltevermögen (88%), atmungsaktiv und hohe Wasserdampfdurchlässigkeit
- **ALLCON PROAIR** mit Aufzahlung für Matratze, Kopfkissen und Bettdecke:
sehr hohes Partikelrückhaltevermögen (95%), extreme Strapazierfähigkeit, besonders für Asthmatiker geeignet
- **ALLCON DELUXE** mit Aufzahlung für Kopfkissen und Bettdecke:
hohes Partikelrückhaltevermögen (88%), sehr hohe Wasserdampfdurchlässigkeit und besonders leichtes Material für Patienten mit starkem Nachtschweiß, die ein besonders leichtes Material wünschen

Beachten Sie die Waschempfehlung:

Vor dem erstmaligen Gebrauch bitte unbedingt bei 90-95°C waschen und möglichst im Trockner trocknen. Das Gewebe wird erst hierdurch weich und anschmiegsam. Im Gebrauch sind 2 Wäschen pro Jahr ausreichend.

Qualitätsaufschläge/ Mehrkostenaufwand

PROAIR

Matratze 36,95 EUR

Oberbett 30,00 EUR

Kissenbezug 23,00 EUR

Set 89,95 EUR

DELUXE

Als Matratzenbezug nicht verfügbar!

Oberbett 30,00 EUR

Kissen 23,00 EUR

Set 89,95 EUR (Matratzenbezug PROAIR)

PREVENTSOFT Matratzenbezug XXL-Aufschlag 49,95 EUR

ALLCON PROAIR Matratzenbezug XXL-Aufschlag 92,85 EUR

Mehrkosten für Sonderanfertigung (6-8 Wochen Lieferzeit – Kein Umtausch möglich!)

Matratzenbezug ALLCON PREVENTSOFT	49,90 EUR
Oberbettbezug ALLCON PREVENTSOFT:	49,90 EUR
Kissenbezug ALLCON PREVENTSOFT	24,90 EUR

Matratzenbezug ALLCON PROAIR / DELUXE	86,85 EUR (inkl. Qualitätsaufschlag)
Oberbettbezug ALLCON PROAIR / DELUXE	79,90 EUR (inkl. Qualitätsaufschlag)
Kissenbezug ALLCON PROAIR / DELUXE	47,90 EUR (inkl. Qualitätsaufschlag)

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass der Leistungserbringer GanderMed GmbH erst nach Erteilung der Kostenübernahmeerklärung durch den Kostenträger berechtigt ist, mich zu Lasten des Kostenträgers mit dem Hilfsmittel zu versorgen.

- Ich erkläre die Kostenübernahme bei gewünschter sofortiger Hilfsmittelversorgung.**
Kosten, die mir vor der Auftragserteilung entstehen, können grundsätzlich nicht bei dem Kostenträger geltend gemacht werden. Ich erkläre, dass ich trotz noch fehlender Auftragserteilung des Kostenträgers eine **sofortige Auslieferung** des Hilfsmittels an mich **ausdrücklich wünsche**. Sollte der zuständige Kostenträger die Kostenübernahme ganz oder teilweise verweigern, verpflichte ich mich, ab diesem Zeitpunkt für die Kosten selbst einzustehen. Meine Zahlungspflicht entsteht mit Zugang der ablehnenden Entscheidung des Kostenträgers bei mir oder dem Leistungserbringer. Bis zu diesem Zeitpunkt bleibt das Eigentum an dem Hilfsmittel beim Leistungserbringer. Das Risiko für Beschädigungen und Verlust des Hilfsmittels bis zu diesem Zeitpunkt trage ich.

Dokumentation der Beratung

Ich wurde über meine konkrete Versorgungssituation und die dafür geeigneten aufzahlungsfrei angebotenen Versorgungsmöglichkeiten für die oben genannte Hilfsmittelart informiert und beraten.

Ich möchte von dem oben genannten Leistungserbringer versorgt werden.

Datenschutzhinweis/ Einwilligung personenbezogener Daten

Die zum Bestell-Zweck erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet und zur Erstellung elektronischer Kostenvorschläge an externe Dienstleister übermittelt.

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten erfolgen auf freiwilliger Basis. Diese kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Im Falle des Widerrufs zur Sperrung bzw. Löschung der personenbezogenen Daten, werden diese nach Ablauf der gesetzlichen Fristen mit Zugang der schriftlichen Erklärung gelöscht.

Ort, Datum

Unterschrift