

Bestätigung der Matratzenmaße

Name des Versicherten: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherten-Nr.: _____

Wichtig für Rückfragen Telefonnummer (tagsüber): _____

Email-Adresse: _____

Ich wurde in den letzten 10 Jahren mit Allergie-Bettwäsche versorgt. Ja / nein

Achtung: Das Rezept hat eine Gültigkeit von 28 Tagen!

Ist eine Partner-Geschisterversorgung gewünscht, so muss dieses auf dem Rezept mit dem Zusatz „Partner-versorgung“ vermerkt werden. Dabei übernimmt die Krankenkasse entweder einen großen Matratzenbezug mit bis zu 200x200cm oder zwei kleine mit bis zu jeweils 100x200cm.

Welche Qualität möchten Sie?

ProAir

Deluxe (Nur Kissen und Oberbett verfügbar)

Preventsoft (Kassenqualität ohne Mehrkosten)

Bettenmaße bei einer Versorgung mit Allergie-Bettwäsche (Bitte auch die Höhe der Matratze eintragen!):

Qualitätsaufschläge/Mehrkostenaufwand Für proAir und Deluxe	
--	--

Matratze	30,95 €
----------	---------

Oberbett	25,00 €
----------	---------

Kissenbezug	19,00 €
-------------	---------

Set	<u>74,95 €</u>
-----	----------------

Maße Matratze: Länge: cm Breite: cm Höhe: cm	Maße Matratze des Partners/Geschwisterkindes: Länge: cm Breite: cm Höhe: cm
Maße Oberbett (=Bettdecke): Länge: cm Breite: cm	Maße Oberbett des Partners: Länge: cm Breite: cm
Maße Kissen: Länge: cm Breite: cm	Maße Kissen des Partners: Länge: cm Breite: cm

Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweise: Wenn die Krankenkasse oder ein anderer Kostenträger nicht bereit ist die Kosten für die verordnete Versorgung ganz oder nur zum Teil zu übernehmen, verpflichten Sie sich zur Übernahme der Gesamt-/Restkosten. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer o.g. Angaben und dass Sie innerhalb der letzten 10 Jahre keine Encasing-Versorgung zu Lasten der Techniker Krankenkasse erhalten haben. Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten seitens der Apotheke Marienbrunn an die Firma ALLCON GmbH zur internen Abwicklung eines Auftrages weitergegeben bzw. übermittelt werden.