

## Formular Encasing-Beratung

Sanitätshaus Förster GmbH & Co. KG - Kundennummer: A2179622

Bergen-Enkheim  Sachsenhausen  Neu-Isenburg  Hanau

Lieferung erfolgt an Kunden (siehe folgende Adresse)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Plz, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versicherten Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Achtung Verordnung ist nur 28 Tage gültig

Wurden Sie innerhalb der letzten 10 Jahre mit Allergiker-Bettwäsche versorgt?  Ja  Nein

Zuzahlungspflichtig?  Ja  Nein

Partnerversorgung gewünscht?  Ja (ggfls. zweites Rezept notwendig)

Geschwisterkinder? Etagenbett?  Ja (ggfls. zweites Rezept notwendig)

### Welche Qualität möchten Sie?

Pro Air Intensivschutz (Maximaler Allergieschutz)	Comfort Deluxe (extra leicht und luftig)	Preventsoft (Standardversorgung ohne wirtschaftliche Aufzahlung)
<input type="checkbox"/> Matratze 36,95€	<input type="checkbox"/> Kissenbezug 23€	<input type="checkbox"/> Matratze
<input type="checkbox"/> Matratze XXL 86,85€ (mit 3 Reißverschlüssen)	<input type="checkbox"/> Bettdecke 30€	<input type="checkbox"/> XXL Bezug Aufpreis 49,90€
<input type="checkbox"/> Kissenbezug 23€		<input type="checkbox"/> Kissenbezug
<input type="checkbox"/> Bettdecke 30€		<input type="checkbox"/> Bettdecke

Gesamtbetrag Aufzahlung in EURO: \_\_\_\_\_

### Erklärung zur höherwertigen Versorgung (Mehrkostenerklärung)

Ich bin über das Angebot einer aufzahlungsfreien Versorgung (mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlung) informiert worden. Ich habe mich nach eingehender Beratung und Auswahl verschiedener Produkte für folgende Versorgung entschieden:

### Versorgung OHNE Aufzahlung / Versorgung MIT Aufzahlung.

Mit der Zahlung der Mehrkosten der oben genannten Mehrkosten bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass eine nachträgliche Erstattung der Mehrkosten durch meine Krankenkasse nicht erfolgen kann. Hinweis: Wenn die Krankenkasse nicht bereit ist die Kosten für die verordnete Versorgung ganz oder zum Teil zu übernehmen, verpflichte ich mich zur Übernahme der Gesamt- bzw. der Restkosten.

Datum, Unterschrift der versicherten Person bzw. der vertretenden Person X \_\_\_\_\_

### Vom Sanitätshaus auszufüllen

**Form des Beratungsgesprächs**  pers. Beratung in den Geschäftsräumen  telefon. Beratung  vor Ort Beratung  
Der o. g. Leistungserbringer hat die/den o. g. Versicherte/n oder die Betreuungsperson vor Inanspruchnahme der Leistung/en darüber beraten, welche/welches Hilfsmittel und zusätzliche/n Leistung/en nach § 33 SGB V für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall geeignet und notwendig ist/sind. Die/der Versicherte/die Betreuungsperson bestätigt, dass der Leistungserbringer ihn/sie über die aufzahlungsfreie Versorgung informiert und diese angeboten hat.

Datum der Beratung, beratende Person \_\_\_\_\_

## Formular Encasing-Beratung

Ich bestelle verbindlich in den o.g. Größen die Allergikerbettwäsche

Datum, Unterschrift der versicherten bzw. der vertretenden Person

## Einwilligungserklärung zur Weitergabe personenbezogener Daten

Ich bin damit einverstanden, dass durch das  
Sanitätshaus Förster GmbH & Co. KG, Victor-Slotosch-Str. 19, 60388 Frankfurt

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

meine Daten zum Zwecke der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln erhoben, verarbeitet und genutzt sowie an meine Krankenkasse und die AllCON GmbH als Hilfsmittelerbringer weitergegeben oder übermittelt und dort ebenfalls verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen zum vorstehend genannten Zwecke erhobenen 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 den oben genannten Händler.

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung beim Händler gelöscht. Der Händler wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

---

Abweichung Lieferadresse? Bitte lassen Sie diese korrigieren, sofern sie von der auf dem Rezept / der Verordnung abweichend ist. Bei mitversicherten Familienangehörigen, wie Kinder, bitte den Hauptversicherten angeben.

Name des Hauptversicherten

\_\_\_\_\_

Name des Kunden (Kind)

\_\_\_\_\_

Krankenkasse

\_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.

\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

Diese Daten sind für die Kommunikation wichtig. Bitte füllen Sie diese Felder aus!

Telefon-Nr. des Kunden

\_\_\_\_\_

Email-Adresse des Kunden

\_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift gebe ich meine Einwilligung zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und bestätige die Richtigkeit der Daten auf dem Rezept / der Verordnung, sowie der Lieferadresse.

Datum, Unterschrift der versicherten bzw. der vertretenden Person **X** \_\_\_\_\_

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, liefert unser Partner Allcon GmbH die Ware aus und in kürzester Zeit halten Sie Ihre allergendichten Zwischenbettbezüge in den Händen! Umschlag und Formular ausdrucken!

**So geht's:**

1. Ausgedrucktes Formular ausfüllen und bitte unterschreiben!
2. Ausgedrucktes Adressetikett (siehe unten) ausschneiden und auf einen Umschlag kleben.
3. Rezept und Formular per Post an uns senden.

Bitte  
frankieren!

Sanitätshaus Förster  
Victor-Slotosch-Str. 19  
60388 Frankfurt a. M.