

Informationen für Patienten mit Rezept

Sie waren beim Arzt und haben ein Rezept bzw. eine Verordnung erhalten? Sehr gut. Denn wenn Sie sich an die folgenden Hinweise halten, können Sie mit einer Erstattung durch Ihre Krankenkasse rechnen.

Dies sollten Sie unbedingt beachten:

- In der Regel haben Rezepte eine **Gültigkeit von 28 Tagen!** Nur innerhalb dieses Zeitraums können wir für Sie den Kostenvoranschlag bei der Krankenkasse einreichen.
- Die meisten Krankenkassen **erstatte in der Regel alle 10 Jahre neue Bezüge** (bei gleichbleibender Größe). Um Kosten zu vermeiden, sagen Sie uns bitte Bescheid, wenn Sie in dieser Zeit bereits Bezüge von einem anderen Ausstatter erhalten haben.
- **Hat sich die Größe des Bettes geändert?** Z. B. wenn Ihr Kind ein größeres Bett bekommt oder Sie sich ein neues Bett angeschafft haben. Viele Krankenkasse erstatten eine Neuversorgung innerhalb von 10 Jahren nur in Ausnahmefällen. **Sprechen Sie uns dazu an!**
- **Für Patienten der Techniker Krankenkasse:** Wenn auch Ihr Partner mit allergendichten Bezügen ausgestattet werden soll, so muss das **auf dem Rezept mit dem Zusatz „Partnerversorgung“, „Doppelbett“ oder „Ehebett“ vermerkt werden!**

So einfach ist die Versorgung mit Encasings:

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. Schicken Sie uns das ausgefüllte Formular und die Verordnung/Rezept per Post zu. Um die Erstattung der Kosten bei Ihrer Krankenkasse zu beantragen, benötigen wir das **Rezept im Original! Bitte senden Sie uns keine Kopie und kein Fax.**
3. Sobald wir Ihre Dokumente mit allen nötigen Angaben erhalten haben, 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 unserer Webseite über die verschiedenen Stofftypen. Gern schicken wir Ihnen auch unsere Produktbroschüre mit Stoffproben zu. Über anfallende Eigenanteile informieren wir Sie in diesem Zusammenhang gern.
5. Nachdem alle Punkte geklärt sind, erhalten Sie umgehend die gewünschten Encasings.

Haben Sie Fragen? Dann nutzen Sie hierfür unser Service-Telefon: 0251-871 366-0

Gerne können Sie uns Ihre Fragen auch über unser Kontaktformular stellen.

Noch ein wichtiger Hinweis: Sollte es uns nicht möglich sein, Sie für Rückfragen zum Produkt zu erreichen, schicken wir Ihnen das von Ihrer Krankenkasse übernommene Basisprodukt.

Viele weitere allergensichere Produkte finden Sie auch auf www.meditech-muenster.de

Guten Morgen:



Medi-Tech GmbH

Weseler Straße 675 E · 48163 Münster

T 0251 871366-0 · F 0251 871366-14

info@meditech-muenster.de · www.meditech-muenster.de

Bestellschein

Guten Morgen:



Medi-Tech GmbH
Weseler Straße 675 E
48163 Münster

T 0251 871366-0 · F 0251 871366-14
info@meditech-muenster.de · www.meditech-muenster.de

Hiermit sende ich Ihnen meine vom Arzt erhaltene Verordnung/Rezept über Allergie-Bettwäsche zur weiteren Bearbeitung zu.

Name des/der Versicherten

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

abweichende Lieferadresse

Versichertennummer

Krankenkasse

für Rückfragen: Telefonnummer

E-Mail-Adresse

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

Bettenmaße (Bitte auch die Höhe der Matratze eintragen):

Maße Matratzenbezug: B _____ cm L _____ cm H _____ cm

Maße Matratzenbezug des Partners: B _____ cm L _____ cm H _____ cm

Maße Deckenbezug: B _____ cm L _____ cm

Maße Deckenbezug des Partners: B _____ cm L _____ cm

Maße Kissenbezug: B _____ cm L _____ cm

Maße Kissenbezug des Partners: B _____ cm L _____ cm

Mit meiner Unterschrift bestätige ich meine im Zusammenhang mit der ärztlichen Beratung geäußerte Nachfrage nach Maßnahmen zur Allergieprävention. Ich bestätige die Richtigkeit meiner o. g. Angaben und die Lieferadresse. Mit der Nutzung meiner Daten durch die Medi-Tech GmbH erkläre ich mich einverstanden und dies nur, soweit die Daten zur Bearbeitung dieser Produktbestellung genutzt werden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters