

KUNDENINFORMATION

Liebe Kundin, lieber Kunde,

Sie waren beim Arzt und sind im Besitz eines Rezeptes/einer Verordnung? Dann können Ihnen die Kosten durch Ihre Krankenkasse erstattet werden. Wir unterstützen Sie dabei gerne mit unserer Expertise. Lesen Sie sich 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 Kostenvorschlag bei der Krankenkasse einreichen.
- b. Die meisten Krankenkassen erstatten in der Regel bei gleichbleibender Größe **alle 10 Jahre** neue Bezüge. Wurden Sie innerhalb dieser Zeit schon einmal von einem Versorger mit allergendichten Bettbezügen ausgestattet? Dann bitten wir Sie, uns dies im Formular mitzuteilen, um unerwünschte zusätzliche Kosten zu vermeiden!
- c. Bei einer **Änderung der Betten-Größe**, z. B. wenn Ihr Kind ein größeres Bett bekommt oder Sie sich ein neues Bett angeschafft haben, ist eine neue Beantragung bei Ihrer Krankenkasse möglich. Bitte teilen Sie uns dies mit!
- d. Soll Ihr Partner auch mit allergendichten Bezügen ausgestattet werden, so muss dies auf dem Rezept mit dem Zusatz „Partnerversorgung“ vermerkt werden! Einige Kassen übernehmen hierfür die Kosten. Auch für Geschwister ist eine Übernahme der Kosten möglich (Vermerk auf dem Rezept: Etagenbett). Die mögliche Beantragung wird dann durch uns geprüft.

2. MESSEN

Messen Sie die Größen von Matratze, Oberbett und Kissen aus. Bitte denken Sie auch daran, die Höhe der Matratze zu messen, da der allergendichte Zwischenbettbezug die Matratze komplett umhüllt!

3. AUSFÜLLEN

Füllen Sie das Versorgungsformular digital oder schriftlich aus und drucken Sie Seite 1 & 2 entsprechend aus.

4. SENDEN

Senden Sie uns das **unterschiedene Versorgungsformular** und die Verordnung / das Rezept mit dem Freibrief umschlag per Post zu. Achtung: Wir benötigen das **Rezept im Original** für die Kostenerstattung bei Ihrer Krankenkasse! Bitte keine Kopie, Scan oder Fax schicken!

5. KONTAKTAUFNAHME DURCH ZIMMERMANN

Nach Eingang der Dokumente bearbeiten wir Ihr Anliegen und nehmen bei Fragen Kontakt auf. Zudem klären wir mit Ihrer Krankenkasse die Höhe der Erstattung. Denken Sie bitte deshalb daran, uns eine Telefonnummer [Festnetz oder Mobil] mitzuteilen, unter der wir Sie **tagüber erreichen!**

6. AUSLIEFERUNG

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

Haben Sie Fragen? Dann kontaktieren Sie unser Team per Mail allergie@zimmermann-team.de.



VERSORGUNGSFORMULAR

Versorgungsformular & Rezept bitte per Post im Original senden. Freibrief anbei.

KONTAKTDATEN & RECHNUNGSADRESSE

NAME	VORNAME	GEBURTSDATUM	
STRASSE NR.		PLZ	ORT
KRANKENKASSE		VERSICHERUNGS-NR.	
TELEFON [für Rückfragen]		MAIL	

abweichende LIEFERADRESSE

STRASSE NR.	PLZ	ORT
---------------	-----	-----

HINWEISE

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

nein ja

PRODUKTAUSWAHL & MASSE

Bettenmaße eintragen [Bitte auch die Höhe der Matratze!] und die gewünschte Qualität ankreuzen
UNSERE EMPFEHLUNG ALLCON PROAIR Matratzenbezug + ALLCON DELUXE Oberbett- & Kissenbezug

	LÄNGE	BREITE	HÖHE
MATRATZE	_____ CM	_____ CM	_____ CM
MATRATZE DES PARTNERS	_____ CM	_____ CM	_____ CM
<input type="checkbox"/> ALLCON PROAIR	<input type="checkbox"/> ALLCON PREVENTSOFT		
OBERBETT [BETTDECKE]	_____ CM	_____ CM	
OBERBETT DES PARTNERS	_____ CM	_____ CM	
<input type="checkbox"/> ALLCON DELUXE	<input type="checkbox"/> ALLCON PROAIR	<input type="checkbox"/> ALLCON PREVENTSOFT	
KISSEN	_____ CM	_____ CM	
KISSEN DES PARTNERS	_____ CM	_____ CM	
<input type="checkbox"/> ALLCON DELUXE	<input type="checkbox"/> ALLCON PROAIR	<input type="checkbox"/> ALLCON PREVENTSOFT	

VERSORGUNGSFORMULAR

Versorgungsformular & Rezept bitte per Post im Original senden. Freibrief anbei.

VERSORGUNG DURCH DIE KRANKENKASSE

Durch die Verträge mit Ihrer Kranken-/Pflegekasse [Kostenträger] sind wir an diverse Regularien gebunden. So dürfen wir eine Belieferung vor Auftragserteilung durch Ihre Kasse nur vornehmen, wenn wir Sie vorher über die Fakten aufgeklärt haben und Sie eine sofortige Behandlung verlangen. Bitte beachten Sie:

- Die Kostenträger übernehmen in der Regel eine Versorgung für Encasing/Zwischenbettbezüge nur alle 10 Jahre. Ein Anspruch auf Versorgungsungen vor diesem Zeitpunkt besteht nicht.
- Ein Anspruch auf Durchführung der Versorgung mit Hilfsmitteln besteht grundsätzlich erst ab der Auftragserteilung durch Ihre Krankenkasse.
- Ein Auftrag gilt als durch die Kasse erteilt, wenn uns die Kostenübernahmeerklärung der Kasse vorliegt. Kosten, die vor der Auftragserteilung entstehen, können bei der leistungspflichtigen Kasse nicht geltend gemacht werden.
- Wird die nachfolgende Kostenübernahmeerklärung von Ihnen unterschrieben und die Kasse lehnt die Kostenübernahme anschließend ab, so müssen die Kosten von Ihnen übernommen werden.

Ich erkläre die Kostenübernahme bei gewünschter sofortiger Hilfsmittelversorgung.

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass der Leistungserbringer [Zimmermann] erst nach Erteilung der Kostenübernahmeerklärung durch den Kostenträger [Krankenkasse/Pflegeversicherung] berechtigt ist, mich zu Lasten des Kostenträgers mit dem Hilfsmittel zu versorgen.

Kosten, die mir vor der Auftragserteilung durch den Kostenträger 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 Hilfsmittel Eigentum des Leistungserbringers. Das Risiko für Beschädigungen und Verlust des Hilfsmittels bis zu diesem Zeitpunkt trage ich.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT*

*EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR WEITERGABE PERSONENBEDINGTER DATEN

Ich bin damit einverstanden, dass durch die Firma Orthopädie- und Reha-Team Zimmermann GmbH meine Daten zum Zwecke der Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln erhoben, verarbeitet und genutzt, sowie an die Allcon GmbH als Hilfsmittelerbringer weitergegeben oder übermittelt und dort ebenfalls verarbeitet und genutzt werden.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass:

- die zum Bestell-Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO und des BDSG erhoben, verarbeitet, genutzt und zur Erstellung elektronischer Kostenvorschläge an externe Dienstleister übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgten 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 Orthopädie- und Reha-Team Zimmermann 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 Orthopädie- und Reha-Team Zimmermann GmbH gelöscht. Die Orthopädie- und Reha-Team Zimmermann GmbH wird meinen Widerruf an die oben genannten Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.



FREIUMSCHLAG

So geht's:

1. Ausgedrucktes Adressticket ausschneiden und auf einen Umschlag kleben.
2. Ausgedrucktes Versorgungsformular bitte unterschreiben!
3. Rezept und Versorgungsformular mit dem Freiumschlag einsenden. Das Porto zahlt Zimmermann.

Porto
zahlt
Empfänger

Orthopädie- und Reha-Team Zimmermann GmbH
Thiemstr. 112
03050 Cottbus

