

Gebühr frei <input type="checkbox"/>	Krankenkasse bzw. Kostenträger		
	Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Gebühr pflicht <input type="checkbox"/>	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Sonstiges <input type="checkbox"/>			

Ärztliche Bescheinigung

Nebenstehende/r Patient/in leidet an einer Allergie gegen Hausstaubmilben und an dem/den typischen Symptom/en:

- jahreszeitunabhängige, andauernde Rhinitis und/oder Konjunktivitis
- Asthma bronchiale, Hyperreagibilität der Atemwege
- atopische Dermatitis
- starken Juckreiz
- Ekzem
- Sonstiges _____

Infolge des klinischen Befundes besteht eine starke Beeinträchtigung des Patienten und gleichzeitig eine relevante Allergenexposition durch das häusliche Umfeld. Nach aktuellen wissenschaftlichen Untersuchungen und Publikationen gilt es als sicher, dass die häuslich-allergene Reduktion, u. a. die Anschaffung allergendichter Encasings (=milbendichte Bettzwischenbezüge) für Matratze, Oberbett und Kissen von ProtectaX®-Bettzwischenbezügen den wirksamsten Schutz bieten und zu Einsparungen von Medikamenten und hospitalen Aufenthalten führen.

Eine **Doppelaustattung** für den Ehepartner / bzw. Geschwisterkind ist aufgrund der häuslichen Raumgegebenheiten (gemeinsames Schlafzimmer) medizinisch notwendig.

Wir bitten um Kostenübernahme.

Bitte tragen Sie hier Ihre gewünschten Größen ein:

Kissenbezug		Bettdeckenbezug		Matratzenbezug	
Menge	Größe	Menge	Größe	Menge	Größe
	40 x 40 cm		100 x 135 cm		70 x 140 bis 10 cm
	40 x 60 cm		135 x 200 cm		70 x 140 bis 15 cm
	40 x 80 cm		135 x 220 cm		90 x 190 bis 16 cm
	50 x 70 cm		155 x 200 cm		90 x 190 bis 20 cm
	60 x 80 cm		155 x 220 cm		90 x 200 bis 16 cm
	80 x 80 cm		200 x 200 cm		90 x 200 bis 20 cm
			200 x 220 cm		100 x 200 bis 16 cm
					100 x 200 bis 20 cm
					120 x 200 bis 16 cm
					120 x 200 bis 20 cm
					140 x 200 bis 16 cm
					140 x 200 bis 20 cm
					160 x 200 bis 16 cm
					160 x 200 bis 20 cm
					180 x 200 bis 16 cm
					180 x 200 bis 20 cm
					200 x 200 bis 16 cm
					200 x 200 bis 20 cm
Bitte tragen Sie rechts ►►► Ihre Sondergrößen/Angaben und den entsprechenden Mengenwunsch ein!		Menge	Größe	Menge	Größe

Bitte tragen Sie Ihre Lieferanschrift hier ein!

Name und Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ / Ort

tagsüber erreichbar unter Tel.-Nr. E-Mail-Adresse

Textile Lösung mit hohem Baumwollanteil - Schlafen Sie richtig gut... PROTECTAX® www.protectax.de

Telefon 0 52 51 20 73 44 · Fax 0 52 51 20 73 46 · Mail info@protectax.de · IK 330 572 809

Liebe Patientin, lieber Patient

Ihr Arzt hat Ihnen eine Ärztliche Bescheinigung ausgestellt. Bitte senden Sie die Bescheinigung direkt an: **Protecta Inh. Frank Bartels · Robert-Bosch-Str. 5 · 33178 Borchten**

Ihr Protecta Service-Team

Stempel, Datum u. Unterschrift des Arztes

Datum Unterschrift des Versicherten