

Bestellformular

Teil 1



JUKA BOX
für Ihren Pflegealltag

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI
Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen



1. EINE JUKABOX AUSWÄHLEN

1 100 St. Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
50 St. Mundschutz



2 100 St. Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
30 St. Bettschutzauflagen (Einmalgebrauch)



3 100 St. Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
30 St. Bettschutzauflagen (Einmalgebrauch)



4 100 St. Einmalhandschuhe
30 St. Bettschutzauflagen (Einmalgebrauch)



5 200 St. Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion



6 500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion
30 St. Bettschutzauflagen (Einmalgebrauch)



7 Individuelle JUKABOX
bitte wenden Sie sich an den telefonischen Kundenservice

2. AUSSTATTUNG FESTLEGEN

Material der Einmalhandschuhe

- Vinyl*
- Latex
- Nitril



Größe der Einmalhandschuhe

- S
- M*
- L
- XL

* Standardmaterial/-größe bei Nichtauswahl

3. LIEFERINFORMATIONEN ANGEBEN

Versicherte(r) Herr Frau

Name, Vorname

Auszufüllen wie Antragssteller Kostenübernahme

Pflegeperson

Bitte hier die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

Name Herr Frau

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Tel., E-Mail-Adresse

Pflegeperson ist

- | | | |
|--|----------------------|------------------|
| Ehe-/Lebenspartner | Tochter/Sohn | Mutter/Vater |
| anderer Verwandter | Freund/Nachbar | Ehrenamtliche(r) |
| als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt | nicht bevollmächtigt | Andere |

Pflegedienst/ Sozialstation

Bitte immer ausfüllen (falls vorhanden)

Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Tel., E-Mail-Adresse

Lieferadresse

Bitte immer ausfüllen

- eigene Adresse Pflegeperson/Betreuung Pflegedienst

Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig) Hiermit beauftrage ich die JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt) [Wacholderstraße 94, 15834 Rangsdorf; Tel: 0176 / 258 678 68; Geschäftsführer Jakup Uka] mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller / Leistungsnahmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt) ab.

Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit Kooperationspartnern zum Zweck der Leistungserbringung. Ich akzeptiere die AGB der JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt) und bin über mein Widerrufsrecht informiert worden. Ich habe jederzeit das Recht, die Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen.

Bitte informieren Sie mich per E-Mail über interessante Angebote.

Die getroffene Auswahl der JUKABOX ist nicht verpflichtend, sondern kann jeden Monat neu durch mich festgelegt werden. Hierfür werde ich meinen Änderungsbedarf rechtzeitig der JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt) mitteilen. Die kostenlosen JUKABOX Pakete werden für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme meiner Pflegekasse von der JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt) geliefert. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt) die Lieferung beenden.

Datum

Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. deren ges. Vertreter/Betreuer

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

Teil 2



JUKA BOX
für Ihren Pflegealltag

Antrag auf Kostenübernahme der **JUKABOX**
Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen

.....
(Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

.....
(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) im Wert von 26,16€ pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer: **JUKA BOX**

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt), Wacholderstraße 94, 158314 Rangsdorf	331 206 636

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Hiermit bevollmächtige ich die JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt) mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch die JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt), welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, die Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt), solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt) als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.

.....
Datum und Unterschrift Versicherte/r

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse
(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach
§ 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung

bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach
§ 40 Abs. 2 SGB XI

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

.....
(Datum)

.....
(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)