

# Bettschutzeinlagen

Teil 1



**JUKA BOX**  
für Ihren Pflegealltag

zur Wiederverwendung  
Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen

**Rot markierte Felder unbedingt ausfüllen!**



<b>Pflegegrad</b>	<b>1. Versicherte/r</b>		
Pflegegrad 1	Herr	Frau	
Pflegegrad 2	Name, Vorname		
Pflegegrad 3	Auszufüllen wie Antragssteller Kostenübernahme		
Pflegegrad 4	<b>Angehörige/r</b> bzw. bitte hier die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen		
Pflegegrad 5	Name	Herr	Frau
Ich habe noch keinen Pflegegrad	Straße, Hausnr.		
	PLZ, Ort		
	Tel., E-Mail-Adresse		
	<b>Pflegeperson ist</b>		
gesetzlich pflegeversichert	anderer Verwandter	Ehe-/Lebenspartner	Tochter/Sohn Mutter/Vater
privat pflegeversichert		Freund/Nachbar	Ehrenamtliche(r) Andere
über Ortsamt / Sozialamt versichert	als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt		nicht bevollmächtigt
beihilfeberechtigt	<b>Pflegedienst/ Sozialstation</b> Bitte immer ausfüllen		
	Name		
	Straße, Hausnr.		
	PLZ, Ort		
	Tel., E-Mail-Adresse		
	<b>Lieferadresse</b> Bitte immer ausfüllen		
	eigene Adresse	Pflegeperson/Betreuung	Pflegedienst
	<b>Achtung: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden!</b>		
	<b>Rechnungsempfänger</b> (nur bei Privatversicherten und / oder Beihilfeberechtigten)		
	Versicherte/r	Angehörige/r	
	Ich habe die Datenschutzerklärung ( <a href="http://www.jukabox.de/datenschutz">www.jukabox.de/datenschutz</a> ) sowie die AGB ( <a href="http://www.jukabox.de/agb">www.jukabox.de/agb</a> ) der JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt) zur Kenntnis genommen und stimme zu, dass die angegebenen Daten elektronisch gespeichert und ausschließlich für den Bestell- bzw. Versorgungsvorgang verwendet werden.		
	Ich habe Interesse an weiteren Produkten und Dienstleistungen der JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt) und gestatte der JUKA BOX UG (haftungsbeschränkt) als Betreiber meine oben genannten personenbezogenen Daten auch dafür zu verwenden. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an: <a href="mailto:info@jukabox.de">info@jukabox.de</a> widerrufen.		
	<b>Hinweis:</b> Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden bei welchem Lieferanten/ Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss.		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Datum	Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. deren ges. Vertreter/Betreuer	

**Ihre Bettschutzeinlagen zur Wiederverwendung (waschbar)**



- 85 x 90 cm, blau, 100% Polyurethan
- waschbar und trocknergeeignet
- extrem hohes Saugvermögen
- weiche und hautfreundliche sowie geräuschlose Oberfläche
- abgerundete Ecken
- garantiert optimaler Liegekomfort
- kann zuverlässig fixiert werden
- haltbar gekettelt

## Teil 2

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



**JUKA BOX**  
für Ihren Pflegealltag

#### Antrag auf Kostenübernahme der **JUKABOX**

Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen

**Rot markierte Felder unbedingt 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	<b>331 206 636</b>

.....  
**Datum und Unterschrift Versicherte/r**  
.....

#### **Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)**

**Bitte zurück an Faxnummer: 0337 0 / 852 32 30**

PG 54 bis 40,- € monatlich

PG 54 bis 20,- € monatlich

PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zzlg

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter

.....  
(Datum)

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