

Wechselerklärung

Dieses Formular dient der Kenntnisnahme Ihrer Pflegekasse über einen Lieferantenwechsel in Bezug auf Ihre Pflegehilfsmittelversorgung.

Name und Anschrift der Pflegekasse

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Frau Herr

Vorname:	_____	Name:	_____
Straße/Nr.:	_____	Geburtsdatum:	_____
PLZ/Ort:	_____	Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Telefon:	_____	Pflegekasse:	_____
E-Mail:	_____	Versicherten-Nr.:	_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel bei meinem bisherigen Leistungserbringer zum _____ . Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch.

Ab dem _____ möchte ich die Pflegehilfsmittel für mich bzw. meine Pflegeperson von folgendem Leistungserbringer beziehen:

Sanitätshaus Aktuell AG
Auf der Höhe 50
53560 Vettelschoß

330712363
IK-Nr. des Leistungserbringers

Bitte übertragen Sie die bisherige Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

X

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

