

Wechselerklärung

Dieses Formular dient der Kenntnisnahme Ihrer Pflegekasse über einen Lieferantenwechsel in Bezug auf die Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Abs. 1, i.V.m. §40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)

Name und Anschrift der Pflegekasse:

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen:

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

email:

Versichertennummer:

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 und möchte ab dem _____

Die Pflegehilfsmittel für mich bzw. meine Pflegeperson von folgendem Leistungserbringer beziehen:

Karl Olga Apotheke

Karlstr. 12

89518 Heidenheim

IK-Nr.:

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

Heidenheim, den _____

Unterschrift Patient/Bevollmächtigter: _____