

Wechselerklärung Pflegehilfsmittelversorgung

Name und Anschrift der Pflegekasse

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Vorname:	_____	Name:	_____
Straße/Nr.:	_____	Geb.-datum:	_____
PLZ/Ort:	_____	Pflegegrad:	_____
Telefon:	_____	Pflegekasse:	_____
E-Mail:	_____	Vers.-Nummer:	_____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel bei meinen bisherigen Leistungserbringer zum _____. Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und möchte ab dem _____ die Pflegehilfsmittel für mich bzw. meine Pflegeperson von folgendem Leistungserbringer beziehen:

Rehatechnik Arnold

IK-Nr. des Leistungserbringers:

Oberfrohaer Straße 111

331411474

09117 Chemnitz

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

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift
