

3

Wechselerklärung

Dieses Formular dient der Kenntnisnahme Ihrer Pflegekasse über einen Lieferantenwechsel in Bezug auf Ihre Versorgung mit Pflegehilfsmittel zum Verbrauch.

Name und Anschrift der Pflegekasse:

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Geburtsdatum	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Pflegegrad	
Pflegekasse		Versichertennummer
E-Mail:		Telefon: (Nur für Rückfragen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.)

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 vom folgendem Leistungserbringer beziehen:

Mainverona UG
Hansaallee 7
60332 Frankfurt

IK-Nr.: 330603349

Datum

Unterschrift Versicherte (r) oder Bevollmächtigte(r)