

## Wechselerklärung

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

### Name und Anschrift der Pflegekasse

### Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> 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:**

**humativ**

**Peter-Anders-Straße 42**

**81245 München**

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

**Mit freundlichen Grüßen**

**X** \_\_\_\_\_ **X** \_\_\_\_\_  
Datum Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)