



## 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

Frau    Herr    Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Pflegegrad:    1    2    3    4    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 Kaphingst GmbH**

**Niederwettorsche Str. 1**

**35094 Lahntal**

330620033

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)