

Dieses Formular dient der Kenntnissnahme 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:

Aktueller Anbieter:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Frau ☐ Herr ☐ Vorname: _____ Name: _____

Straße/Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____ Pflegegrad: _____

Telefon: _____ Pflegekasse: _____

E-Mail: _____ Versicherungs-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 und möchte ab dem _____ die Pflegehilfsmittel für mich bzw. meine Pflegeperson von folgendem Leistungserbringer beziehen:

Wundex - Die Wundexperten GmbH
Marie-Curie-Straße 1
D-48308 Senden

IK-Nr. des Leistungserbringers:
330 556 887

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

Mit freundlichen Grüßen

Ort/ Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)