

Dieses Formular dient der Kenntnisnahme 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

---

---

---

### Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

<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: _____		Versicherungs-Nr.: _____	

## Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit mache ich von meinem Wahlrecht des Leistung Anbieters für den Bezug von Pflegehilfsmittel zum Verbrauch, gebrauch.

Ab dem \_\_\_\_\_ oder zum nächstmöglichen Zeitpunkt möchte ich die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von folgendem Leistungserbringer beziehen:

WISADA Pflegehilfsmittel GmbH  
Industriestraße 17  
79194 Gundelfingen

**IK-Nr. des Leistungserbringers:**  
330803660

Bitte übertragen Sie die bisherige Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer.

Mit freundlichen Grüßen

x

Ort/Datum

x

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)