

1

WECHSELERKLÄRUNG

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:

Anschrift:

+ NAME DES/DES VERSICHERTEN/ PFLEGEBEDÜRFTIGEN

Frau Herr Vorname*:

Nachname*:

Straße, Haus - Nr.*:

Adresszusatz:

PLZ*:

Ort*:

Kunden-Nr.:

E-Mail:

Telefon*:

Geburtsdatum*:

Krankenkasse*:

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Versicherten-Nr.:

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

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

WISADA Pflegehilfsmittel GmbH

Tscheulinstraße 21

79331 Teningen

IK-Nr. des Leistungserbringers:

330803660 (Pflegehilfsmittel)

330804375 (Hausnotrufsystem)

Bitte übertragen Sie die bisherige Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer.

Mit freundlichen Grüßen



ORT/ DATUM



UNTERSCHRIFT VERSICHERTE(R) ODER BEVOLLMÄCHTIGTER

