

# Wechselerklärung



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

## Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Frau  Herr  Divers

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

hiermit kündige ich den Bezug der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel bei meinem bisherigen Leistungserbringer. Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch.

Die Pflegehilfsmittel werden ab sofort von folgendem Leistungserbringer bezogen:

**Fullcare JS GmbH  
Varziner Straße 18  
12161 Berlin**

331108205  
IK-Nr. des Leistungserbringers

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

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)