

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

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

☐ Frau ☐ Herr Vorname: _____	Name: _____
Straße/Nr.: _____	Geburtsdatum: _____
PLZ/Ort: _____	Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
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:

meinPflegeset
Praxis Partner GmbH
In den Fritzenstücker 9–11
65549 Limburg

IK-Nr. des Leistungserbringers:
590640208

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

Mit freundlichen Grüßen

X

Ort/Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)