

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

<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 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 Fachversand für  
Arzt- und Laborbedarf 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)