



Wechselerklärung

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

Name und Anschrift der Pflegekasse

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen		Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen						
Frau	Herr	Vorname: _____	Name: _____					
Straße/Nr.: _____		Geburtsdatum: _____						
PLZ/Ort: _____		Pflegegrad:		1	2	3	4	5
Telefon: _____		Pflegekasse: _____						
E-Mail: _____		Versicherten-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.

ab dem _____ möchte ich die Pflegehilfsmittel für mich bzw. meine Pflegeperson

von folgendem Leistungserbringer beziehen:

Kaphingst GmbH

Niederwetttersche Str. 1

35094 Lahntal

330620033

IK-Nr. des Leistungserbringers

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

Mit freundlichen Grüßen

X

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)