

Wechselerklärung

carebox24

zur Kenntnissnahme bei der Pflegekasse über eine
Lieferantenwechsel in Bezug auf die Versorgung zum Verbrauch
bestimmter Pflegehilfsmittel

Pflegekasse

_____ Pflegekasse	_____ Versichertennummer	
_____ Straße	_____ PLZ	_____ Ort

Versicherter

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

_____ Nachname	_____ Vorname	_____ Geburtsdatum
_____ Straße	_____ PLZ	_____ Ort
_____ Telefonnummer	_____ E-Mail	

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich mache von meinem Wahlrecht gebrauch und möchte meine bestehende Versorgung der Pflegehilfsmittel auf einen anderen Leistungserbringer übertragen.

Ab dem _____ möchte ich von folgendem Leistungserbringer versorgt werden.

Sanitätshaus Spiegel **IK Nr. 330663137**
Flemingstr. 2a
36041 Fulda

Bitte erteilen Sie dem oben genannten Leistungserbringer die Kostenzusage.
Vielen Dank

Freundliche Grüße

Datum/Ort



Unterschrift