Wechselerklärung Pflegehilfsmittelversorgung

gem. § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

Pflegehaus
MKB GmbH

Versicherte:r

Name:		Geburtsdatum:	
Straße / Nr.:		PLZ / Ort:	
E-Mail:		Telefon:	
Krankenkasse:		K.Nr. Träger:	
Versichertennr.:		Pflegegrad:	

Hiermit kündige ich meinen bisherigen Leistungserbringer für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel zum ___ **frühstmöglichen Zeitpunkt** ___. Von meinem Wahlrecht möchte ich Gebrauch machen und ___ **zu sofort** ___ die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel von folgenden Leistungserbringer beziehen:

Pflegehaus MKB GmbH
Benroder Str. 10 E
31311 Uetze

IK des Leistungserbringers: 460319516

Bitte übertragen Sie die bisherige Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer.

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte:r oder Bevollmächtigte:r