

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:

Versichertenr.:

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

Das Pflege-Haus.de ist ein Service der Pflegehaus MKB GmbH • Benroder Str. 10 E • 31311 Uetze • service@pflege-haus.de • IK 460319516