

WECHSELERKLÄRUNG

zur Kenntnisnahme bei der Pflegekasse über einen Lieferantenwechsel in Bezug auf die Versorgung zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

Pflegekasse:

Diesen Antrag können Sie auch digital ausfüllen.

Pflegekasse

Versichertennummer

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

Versicherter:

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mail

Pflegegrad

 1 2 3 4 5

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.

Name und Anschrift

hygienepaket c/o semamed GmbH
Überseeallee 1
20457 Hamburg

Kontaktiden

Tel.: **0800 - 816 816 0**
Email: **hallo@hygienepaket.de**

Institutionskennzeichen

330205882

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

Mit freundlichen Grüßen



(Datum, Ort und Unterschrift der/des Versicherten) bzw. Bevollmächtigten