

Wechselerklärung - Leistungserbringerwechsel

**Wir unterstützen Sie gerne
beim Ausfüllen des
Formulars.**

Dieses Formular hat zum Zweck, Ihre Pflegekasse über den Wechsel Ihres Lieferanten in Bezug auf die Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln zu informieren.
 Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail/Fax/Post an uns zurück.

 info@care1.eu
 0 6102 7488 170
 0 6102 7488 179

Ihre Versichertenangaben:

☐ Frau ☐ Herr

Pflegekasse:	
Vorname, Name:	
Versichertennummer:	
Geburtsdatum:	
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	

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 und möchte die Pflegehilfsmittel für mich bzw. meine Pflegeperson von folgendem Leistungserbringer beziehen:

Neuer Leistungserbringer:

Care 1 solution GmbH & Co. KG
 IK: 33 060 3203
 Dornhofstraße 65
 D-63263 Neu-Isenburg

Bitte stellen Sie sicher, dass die bisherige Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer übertragen wird.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen,

X

.....
 (Ort, Datum)

.....
 (Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten)