

Empfänger:

Absender:

Name

Name

Strasse

Strasse

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Wechselerklärung Pflegemittel (Pflegeboxen)

Name des Versicherten _____

Versicherung _____

Versicherten-Nr. _____

Geburtsdatum _____

Sehr geehrte Damen und Herren, hiermit kündige ich den Bezug der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch bei meinem bisherigen Leistungsanbieter

zum _____

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch.

Ab dem _____

möchte ich meine Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von folgendem Leistungsanbieter beziehen:

**Jens Frieske ConStyle Pflegehilfsmittel, Albstr. 6, 71686 Remseck
IK Nr: 330 804 547**

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage auf die Jens Frieske ConStyle Pflegehilfsmittel zu übertragen.

Mit freundlichen Grüßen



Unterschrift