

Wechselerklärung Pflegehilfsmittel (§ 40 Abs. 2 SGB XI)

Angaben der versicherten Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

Pflegekasse:

Hiermit erkläre ich, dass ich die Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 2 SGB XI durch den bisherigen Leistungserbringer zum nächstmöglichen Zeitpunkt beende.

Gleichzeitig beantrage ich die zukünftige Versorgung mit Pflegehilfsmitteln durch:

Pflegeberatung & Alltagshilfe by Marina

Pflegebox by Marina

Hervesterstraße 16

46286 Dorsten

IK: 330522443

Versorgungsbeginn ab: _____

Mir ist bekannt, dass eine Versorgung und Abrechnung erst nach Genehmigung durch meine Pflegekasse erfolgen darf.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der/des Versicherten / der gesetzlichen Vertretung:
