

# 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:

---