Wechsel Leistungserbringer
Zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

Angaben zur Pflegekasse:

Name der Pflegekasse | IK der Pflegekasse

Anschrift und Telefonnummer der Pflegekasse

Angaben zum/zur Versicherten:

Name des/der Versicherten | Telefonnummer

Anschrift des/der Versicherten

Krankenversichertennummer bzw. Pflegeversichertennummer

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Geburtsdatum | Pflegegrad

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit kündige ich den Bezug der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel bei meinem aktuellen Leistungserbinger:

Name des Leistungserbringers | IK des Leistungserbringers

Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers

Ich möchte ab dem _____ von folgendem zertifizierten Leistungserbringer die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel erhalten.

Curro Med GmbH | 331003481

Name des Leistungserbringers | IK des Leistungserbringers

Konrad-Zuse-Straße 12, 66459 Kirkel

Anschrift des Leistungserbringers

info@curro-med.de, 06849/750 440

Kontaktdaten des Leistungserbringers

Ich möchte Sie bitten, die bisherige Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer zu übertragen.
Mit freundlichen Grüßen

Ort und Datum | Unterschrift des/der Versicherten