

## Erklärung zum Wechsel des Leistungserbringers für Pflegehilfsmittel

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, dass ab dem \_\_\_\_\_ die Versorgung mit den „**zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln**“ nicht mehr über den bisherigen Leistungserbringer:

\_\_\_\_\_

Sondern zukünftig über den folgenden neuen Leistungserbringer erhalten möchte:

### **Orthopädie-Technik Kächele GmbH**

Ich bin damit einverstanden, dass die Versorgung sowie die Abrechnung der oben genannten Hilfsmittel ab dem genannten Datum über die **Orthopädie-Technik Kächele GmbH** erfolgt.

Gleichzeitig bestätige ich, dass ich über den Wechsel des Leistungserbringers informiert wurde und diesem ausdrücklich zustimme.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter / gesetzlicher Vertreter