



Empfänger / Pflegekasse

---

---

---

Absender:

|          |
|----------|
|          |
| Name     |
|          |
| Straße   |
|          |
| PLZ, Ort |

Falten Sie das Dokument entlang dieser Linie und die Anschrift des Empfängers erscheint im Fenster des Briefumschlages

## Wechselerklärung

Name: \_\_\_\_\_

Versichertennummer \_\_\_\_\_

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

Datum: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

die Pflegehilfsmittel von folgendem Leistungsanbieter zu beziehen:

**Notrufhelden GmbH & Co. KG**  
**Sorbenstraße 22**  
**20537 Hamburg**  
**Germany**

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenübernahme auf die Firma Notrufhelden GmbH & Co. KG zu übertragen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift \_\_\_\_\_