

# 04 Wechselerklärung Hilfsmittelversorgung

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln  
gemäß § 40 Absatz 2 SGB XI



Dieses Formular dient der Kenntnisnahme Ihrer Pflegekasse über einen Lieferantenwechsel in Bezug auf die Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 i.V.m. § 40 Abs. 2 SGB XI

## Name und Anschrift der Pflegekasse

---

---

---

## Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Frau  Herr Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: 1  2  3  4  5

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

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der zum Verbrauch bestimmten Pflegemittel bei meinem bisherigen Leistungserbringer zum \_\_\_\_\_. Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und möchte ab dem \_\_\_\_\_ die Pflegehilfsmittel für mich bzw. meine Pflegeperson von folgendem Leistungserbringer beziehen:

### DIAKOVERE Pflegedienste gGmbH

Hilfsmittelversorgung

Calenberger Straße 40

30169 Hannover

### IK-Nr. des Leistungserbringers:

460 323 670

Bitte übertragen Sie die bisherige Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen



\_\_\_\_\_  
Ort/Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)