

Absender:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Empfänger:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

----- Dokument entlang dieser Linie falten -----

# Wechselerklärung

Name Versicherte/r \_\_\_\_\_

Versichertern-Nr. \_\_\_\_\_

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

möchte ich die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von folgendem Leistungsanbieter beziehen:

**Curecare GmbH**  
Bundesallee 185  
10717 Berlin

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage auf die Curecare GmbH zu übertragen.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift