



# Wechselerklärung

zum Wechsel des Leistungserbringer



1

## Empfänger Pflegekasse / Krankenkasse

2

## Absender

## Wechselerklärung

Name Versicherte Person

Vorname Versicherte Person

Versichertennummer

Geburtsdatum

## Wahlrecht

### des Leistungsanbieters

ich nehme mein Wahlrecht des Leistungsanbieters für den Bezug von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln in Anspruch und möchte die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt von folgendem Leistungsanbieter beziehen.

**STERIZAR GmbH**  
**Abt. Pflegebox**  
**Krahenhöher Weg 17**  
**42659 Solingen**

IK-Nr. STERiZAR GmbH 590508285