Pflegehilfsbox im Wert von 40 € im Monat kostenfrei bestellen!

Zum Bezug von Pflegehilfsmitteln, füllen Sie bitte das Formular in Blockschrift aus. Damit der Wechsel für die Pflegehilfsmittelversorgung durchgeführt werden kann, erhält Ihre Pflegekasse dieses Formular zur Kenntnisnahme. Bitte geben Sie auch Ihren bisherigen Leistungserbringer bescheid über die Beendigung der Versorgung um Doppelbelieferungen zu vermeiden.

Name und Anschrift Ihrer Pflegekasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich zum ____ . ____ . _____ den Bezug der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel bei meinem bisherigen Versorger kündigen.

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und möchte ab dem ____ . ____ . _____ die Pflegehilfsmittel für mich bzw. meine Pflegeperson von folgendem Versorger beziehen:

medinordbox

Droopweg 31, 20537 Hamburg

(Institutionskennzeichen) IK-Nr.: 330205655

Persönliche Daten der / des Versicherten/Pflegebedürftigen

Versicherte(r): Frau Herr Geburtsdatum: _____

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon, Email _____

Pflegekasse / -nr.: _____

Versicherte(r) ist

- gesetzlich pflegeversichert
- privat pflegeversichert
- beihilfeberechtigt
- via Sozialamt versichert

und hat die Pflegestufe

- 0 1 2 3

Benötigen Sie bei der Kündigung Ihres jetzigen Leistungserbringers Hilfe? ja nein

Wenn ja ...

Mit der Bitte um Übertragung der bisherigen Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer.

Mit besten Grüßen

Datum: _____

Unterschrift Versicherte(r) bzw. Bevollmächtigte(r): _____