

Absender gleich **Versicherte(r)**

Wahlrechts- bzw. Wechselerklärung PG. 54 – Pflegehilfsmittel

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit mache ich von meinem Wahlrecht Gebrauch.

Meine Versorgung bzw. die meiner Pflegeperson erbitte ich zukünftig durch die
HSP Pflegeshop GmbH, Pyramidenweg 7, 25474, Ellerbek.

Den Auftrag zur Versorgung durch den bisherigen Leistungsbringer kündige ich
hiermit fristgerecht und zum nächstmöglichen Zeitpunkt.
Ich bitte darum, meine bestehende Genehmigung zur Kostenübernahme auf die
Firma „HSP Pflegeshop GmbH“ zu übertragen.

Versicherte(r)

Versichertennummer*: _____

Name, Vorname*: _____

Straße, Hausnummer: Siehe Antrag, Anlage 2 _____

Mit freundlichem Gruß

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte(r) / Bevollmächtigte(r)