

Empfänger:

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

Absender:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße

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

----- Falten Sie das Dokument entlang dieser Linie und die Anschrift des Empfängers erscheint im Fenster des Briefumschlages -----

# WECHSELERKLÄRUNG

Name Versicherter

Versicherten-Nr.

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:

**CommitMed GmbH**  
**Joachimsthaler Straße 31-32**  
**10719 Berlin**

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

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift