

Name

Straße/ Hausnummer

PLZ/Ort

ABSENDER

EMPFÄNGER/PFLEGEKASSE

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

## WECHSELERKLÄRUNG

RECHNUNGSEMPFÄNGER

Name Versicherte(r)

Versicherten-Nr.

Geburtsdatum

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:

**RegioCare UG**  
**Zita-Kaiser-Str. 3**  
**79106 Freiburg im Breisgau**

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage auf die RegioCare UG zu übertragen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Versicherte(r)

und/oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)