

# Wechselerklärung

zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln



## Versicherte/r:

Felder, die mit \* gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

|               |      |                |            |
|---------------|------|----------------|------------|
| Herr          | Frau | Vorname*:      | Nachname*: |
| Straße, Nr.*: |      | Telefon/Mobil: |            |
| PLZ, Ort*:    |      | KV-Nr.:        |            |

## Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

Gence Medical  
Pflegehilfsmittel  
Rathausstraße 17  
68519 Viernheim  
IK # 590 601 791

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:

Gence Medical  
Pflegehilfsmittel  
Rathausstraße 17  
68519 Viernheim  
Tel: 06204 980 45 06  
Fax: 06204 980 46 74

Dort nehme ich **ab dem Monat** > \_\_\_\_\_ **>Jahr** \_\_\_\_\_ den Service der monatlichen Pflegehilfsmittel-Lieferung in Anspruch.

Mit freundlichen Grüßen



Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)