



Wahlrechts- bzw. Wechselerklärung – PG 15 aufsaugende Inkontinenzprodukte

Sehr geehrte Damen und Herren,

in vorbezeichneter Angelegenheit mach ich von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch und möchte, dass meine Versorgung über die Desinfecta GmbH, Schillerstr. 4, 09337 Hohenstein-Ernstthal mit SENI Produkten erfolgt.

Mit Wirkung zum _____ beauftrage ich die genannte Firma als Leistungserbringer mit der Versorgung und Betreuung von Heil- und Hilfsmitteln Bei PG 15 aufsaugende Inkontinenzartikel.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit einen anderen Leistungserbringer Auswählen kann.

Kündigung bei Versorger

Die bisherige Versorgung durch den Lieferanten _____

Wird entsprechend zum _____ gekündigt.

Ich bitte höflichst darum, meine Entscheidung zu akzeptieren und bedanke mich vorab Recht herzlich für Ihr Verständnis.

Versicherter

_____ Versicherten-Nr.	_____ Geburtsdatum
_____ Name	
_____ Straße	_____ Wohnbereich
_____ PLZ	_____ Ort

Betreuer / Angehöriger

_____ Name	_____ Straße, PLZ, Ort
_____ Ort / Datum	_____ Unterschrift Versicherte/r / Vertreter/in Betreuer/in