

Wahlrechts- bzw. Wechselerklärung – PG 15 saugende Inkontinenzprodukte

Sehr geehrte Damen und Herren,

in vorbezeichneter Angelegenheit mache ich von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch und möchte, dass meine Versorgung durch die Desinfecta GmbH, Schillerstr. 4, 09337 Hohenstein-Ernstthal erfolgt.

Mit Wirkung zum _____ beauftrage ich die genannte Firma mit der Versorgung von saugenden Inkontinenzprodukten (PG 15).

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

Kündigung beim bisherigen Versorger

Die Versorgung durch _____

kündige ich fristgerecht zum _____

Ich bitte höflichst darum, meine Entscheidung zu akzeptieren und bedanke mich 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

!!!Bitte schicken Sie diese Wechselerklärung an Ihren bisherigen Versorger!!!

Wahlrechts- bzw. Wechselerklärung – PG 15 saugende Inkontinenzprodukte

Sehr geehrte Damen und Herren,

in vorbezeichneter Angelegenheit mache ich von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch und möchte, dass meine Versorgung durch die Desinfecta GmbH, Schillerstr. 4, 09337 Hohenstein-Ernstthal erfolgt.

Mit Wirkung zum _____ beauftrage ich die genannte Firma mit der Versorgung von saugenden Inkontinenzprodukten (PG 15).

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

Kündigung beim bisherigen Versorger

Die Versorgung durch _____

kündige ich fristgerecht zum _____

Ich bitte höflichst darum, meine Entscheidung zu akzeptieren und bedanke mich 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

!!!Bitte schicken Sie diese Wechselerklärung per Post / E-Mail / Fax an die Desinfecta GmbH!!!