

# Wahlrechtserklärung

Ich erkläre hiermit, dass die Versorgung für den Bereich „Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“ ab sofort über die CDG GmbH erfolgen soll. Die CDG GmbH ist der Leistungserbringer meiner Wahl. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, dass die CDG GmbH diese Wahlrechtserklärung bei meiner Krankenkasse für abrechnungstechnische Zwecke einreicht. Diese Erklärung kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

## Kündigung beim Vorversorger

Meinen bisherigen Lieferanten Firma \_\_\_\_\_ habe ich am (Datum) \_\_\_\_\_ über meinen Lieferantenwechsel informiert und die weitere Belieferung gekündigt.

Die letzte Lieferung von meinem Vorversorger habe ich am (Datum) \_\_\_\_\_ erhalten.

---

## Versicherter

Name, Vorname

Versicherten-Nr.

Krankenkasse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Straße

PLZ, Ort

Geb.-Datum

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

## Betreuer

Name, Vorname

\_\_\_\_\_

Straße

PLZ, Ort

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Datum, Unterschrift Versicherter

Datum, Unterschrift Vertreter/Betreuer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_