

### 3. Wechselerklärung / Vollmacht zur Kündigung

Zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln (Bitte nur ausgefüllen, wenn bisher ein anderer Leistungserbringer zugeliefert hat.)

#### Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

|                          |   |
|--------------------------|---|
| Frau    Herr    Vorname: | Nachname:   |
| Straße/Nr.:              | PLZ/Ort:  |
| Geburtsdatum:            | Pflegegrad:    1    2    3    4    5    Kein Pflegegrad |

#### Bisheriger Leistungserbringer: (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

|             |          |
|-------------|----------|
| Firma:      |          |
| Straße/Nr.: | PLZ/Ort: |

#### Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

**ecura GmbH**  
Homburger Straße 76  
61118 Bad Vilbel

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:

**ecura GmbH**  
Homburger Straße 76  
61118 Bad Vilbel  
Tel.: + 49 6101 800 604  
E-Mail: [info@ecura.de](mailto:info@ecura.de)

Dort nehme ich ab dem Monat / Jahr \_\_\_\_\_ den Service der monatlichen „Pflegebox-Lieferung“ in Anspruch.  
Die Versorgung meines vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.

Hiermit bevollmächtigen Sie die ecura GmbH, bestehende Vertragsverhältnisse mit dem vorgenannten Anbieter, welche die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Gegenstand haben, schnellstmöglich aufzuheben, insbesondere eine ordentliche Kündigung auszusprechen sowie sonstige Willenserklärungen in diesem Zusammenhang abzugeben und entgegenzunehmen.

Mit freundlichen Grüßen



Datum, Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Hinweis: Der Durchschlag ist für Ihre Unterlagen bestimmt.