

Anlage 5 Wahlrechtserklärung der Versicherten

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und möchte ab _____

(Monat und Jahr) über nachfolgend genannten Leistungserbringer mit Hilfsmittel zur saugenden Inkontinenztherapie versorgt werden.

Mit meiner Unterschrift versichere ich, dass ich von keinem weiteren Leistungserbringer mit Inkontinenzhilfen versorgt werde.

Name des Leistungserbringers: Ohm Apotheke, Bahnhofstr. 122, 35325 Mücke

Name der / des Versicherten:

Krankenversichertennummer:

Ort, Datum Unterschrift der / des Versicherten