

**Bitte einsenden an:**

TR Healthmask GmbH  
Hauerwinkel 4, 59075 Hamm

Telefon: 02381-1497411

**Versicherteninformationen**

---

Herr  Frau

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

**Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:**

TR Healthmask GmbH

Hauerwinkel 4

59075 Hamm

IK-Nummer: 330507796

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch bei meinem bisherigen Leistungsanbieter  
zum \_\_\_\_\_

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch.

Ab dem \_\_\_\_\_

Möchte ich die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von folgendem Leistungsanbieter beziehen:

TR Healthmask GmbH

Hauerwinkel 4

59075 Hamm

IK-Nummer: 330507796

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage auf die TR Healthmask GmbH zu übertragen.

Datum: \_\_\_\_\_

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/r Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers