

Antragsteller*in (Patient*in):

Vorname, Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Leistungsträger der Rehabilitation (Empfänger des Antrages):

Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Änderung der zugewiesenen Rehaklinik

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine medizinischen Rehabilitation wurde mit Bescheid vom _____ bewilligt.

Die Rehamaßnahme soll in der _____ durchgeführt werden.

Ich habe den Wunsch, in einer von mir ausgewählten und für meine persönliche Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden. Dieses Recht leite ich aus § 8 SGB IX ab, welcher Patienten bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Wunschrecht zugesteht.

Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

Ich bin der Überzeugung, dass in dieser Reha-Klinik meine Rehabilitations-Ziele und somit die Verbesserung meines gesamten Gesundheitszustandes am besten zu erreichen ist.

Sollten Sie dem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen oder nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte schriftlich, per rechtsmittelfähigem Bescheid unter Angabe genauer, medizinischer Gründe - wie einem ärztlichen Gutachten - mit.

Damit ich Ihre Entscheidung prüfen und nachvollziehen kann, bitte ich weiterhin um eine ausführliche Begründung der Ablehnung.

Sofern Kostenerwägungen der Grund für die Ablehnung sein sollten, bitte ich um eine ausführliche Begründung, warum Ihres Erachtens durch meine Wahl entstehende Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit besten Grüßen

_____ Datum

_____ Unterschrift Antragsteller