

Antragsteller (Patient):

Vorname, Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefonnummer _____

Versicherungsnummer _____

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Änderung der zugewiesenen Rehaklinik

Sehr geehrte Damen und Herren, meine medizinische 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 Rehabilitationsklinik die Erreichung meiner Reha-Ziele und
somit die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am besten gewährleistet ist. Sollten Sie meinem
mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen oder nur eingeschränkt
entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte schriftlich mit (rechtsmittelfähiger Bescheid unter Angabe
genauer, medizinischer Gründe wie ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK). Damit ich Ihre
Entscheidung prüfen und nachvollziehen kann, bitte ich auch um eine ausführliche Begründung der
Ablehnung.

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

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift Antragsteller