

Antragsteller (Patient):

Vorname, Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefonnummer _____

Versicherungsnummer _____

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Änderung der zugewiesenen Vorsorgeeinrichtung

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine medizinische Eltern-Kind-Vorsorgemaßnahme wurde mit Bescheid vom ____ . ____ . _____
bewilligt. Die Maßnahme soll in der _____ durchgeführt
werden.

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

Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für folgende Vorsorgeeinrichtung entschieden:

Johannesbad Ostseestrand Fachklinik Klaus Störtebeker in 17459 Kölpinsee, Strandstraße 13

Ich bin der Überzeugung, dass in dieser Klinik die Erreichung meiner Vorsorge-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 sind.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift Antragsteller