

**Antragsteller (Patient):**

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

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

**Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Änderung der zugewiesenen Rehabilitationseinrichtung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die medizinische Rehabilitationsmaßnahme für mein Kind \_\_\_\_\_  
wurde mit Bescheid vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ bewilligt. Die Maßnahme soll laut Ihren Unterlagen in der  
\_\_\_\_\_ durchgeführt werden.

Ich habe den Wunsch, dass mein Kind in einer von mir ausgewählten und für die persönliche Situation geeignete Einrichtung behandelt wird. Dieses Recht leite ich aus § 8 SGB IX ab, welcher Patienten bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen ein Wunschrecht zugesteht.

Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für folgende Vorsorgeeinrichtung entschieden:

\_\_\_\_\_

Ich bin der Überzeugung, dass in dieser Klinik die Erreichung der Reha-Ziele und somit die Verbesserung des Gesundheitszustandes meines Kindes am besten gewährleistet ist. Sollten Sie unserem gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht 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