

Antragsteller*in (Versicherter):

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Sozialversicherungs-Nr.: _____

Antragsempfänger*in (Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme):

Name: _____

Straße, Hausnummer / Postfach: _____

PLZ, Ort: _____

Reha-Antrag: Änderung der zugewiesenen Rehaklinik

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine medizinische Rehabilitation wurde mit Bescheid vom _____._____._____ bewilligt. Die Rehamassnahme soll in der _____ Einrichtung durchgeföhrt werden.

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

Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

rehamed Sport und Rehabilitation GmbH, Stuttgarter Straße 33, 70469 Stuttgart

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 (rechtsmittel-fähiger 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.

Freundliche Grüße

Datum

Unterschrift