

Antragsteller (Patient)

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Telefonnummer _____

Versicherungsnummer _____

Leistungs- bzw. Kostenträger 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 Einschätzung meines behandelnden Arztes / meiner behandelnden Ärztin, bin ich überzeugt, dass auf Grund des medizinischen Konzeptes, die zertifizierte und auf hohem medizinischem Niveau tätige

Rehabilitationsklinik „Garder See“ GmbH
Garder Straße 5
18276 Lohmen

die geeignete Rehaklinik für mich ist und aus meiner Sicht die Chance einer Verbesserung meines Gesundheitszustandes absehbar 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 / in