

Absender*in (Antragsteller*in):

Antragsempfänger (zuständiger Kostenträger):

Änderung der zugewiesenen Rehaklinik

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine medizinischen Rehabilitation wurde mit Ihrem Bescheid vom _____._____._____ bewilligt. Die Rehabilitationsmaßnahme soll demnach in der _____ durchgeführt werden.

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

Ich habe mich nach genauer Überlegung für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

Rehaklinik Birkenbuck in 79429 Malsburg-Marzell

Ich bin davon überzeugt, dass in dieser Fachklinik die Verbesserung meines Gesundheitszustandes und somit die Erreichung meiner Reha-Ziele bestmöglich gewährleistet ist.

Entsprechen Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht oder nur eingeschränkt, teilen Sie mir das bitte schriftlich (rechtsmittelfähiger Bescheid unter Angabe genauer, medizinischer Gründe wie ärztliches Gutachten, ggf. durch den MDK) mit. Zur Nachvollziehbarkeit und Prüfung der Entscheidung, bitte ich Sie auch um eine ausführliche begründete Ablehnung. Sollten ggf. Kostenerwägungen für die Ablehnung ausschlaggebend sein sollten, senden Sie mir bitte eine detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens entstehende Mehrkosten durch meine Klinikwahl unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

Datum / Ort / Unterschrift Antragsteller*in