

ANTRAG FÜR WUNSCHKLINIK

an den folgenden Kostenträger:
(zuständige Rentenversicherung oder Krankenkasse)

Name des Kostenträgers _____

Straße, Hausnummer oder Postfach _____

PLZ, Ort _____

Antragsteller*in

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Versicherungsnummer _____

Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: **Wunsch- und Wahlrecht**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe den Wunsch, im Rahmen der von mir beantragten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, eine von mir ausgesuchte Rehabilitationsklinik aufzusuchen, die für meine individuelle Situation geeignet ist.

Gemäß **§ 8 SGB IX** und **§ 33 SGB I** haben Versicherte bei der Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ein Wunsch- und Wahlrecht. Ich möchte von meinem Recht Gebrauch machen, die medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst vorgeschlagenen Rehabilitationsklinik durchzuführen. Insbesondere auch in Anbetracht der für meine Situation relevanten Indikationen habe ich mich daher für die

Rehabilitationsklinik Katharinenhöhe gGmbH
Oberkatzensteig 11
78141 Schönwald

entschieden. Ich gehe davon aus, dass in dieser Rehabilitationsklinik eine Besserung meines Gesundheitszustandes am besten gewährleistet ist.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides unter Angabe genauer, medizinischer Gründe (ärztliches Gutachten, ggf. durch den MDK) mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in