

## **Antrag auf Änderung der zugewiesenen Rehaklinik**

### **Antragsteller (Rehabilitandin/ Rehabilitand):**

Vorname, Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Telefonnummer

Versicherungsnummer

### **Kostenträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):**

Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Antrag auf Durchführung der medizinischen Rehabilitation wurde bereits mit Bescheid vom \_\_\_\_\_ bewilligt. Die Rehabilitation soll in der

\_\_\_\_\_ stattfinden.

Gemäß meines Wunsch- und Wahlrechtes möchte ich in einer von mir ausgewählten und zu meinen persönlichen Umständen passenden Rehabilitationseinrichtung behandelt werden.

Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

\_\_\_\_\_

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. Damit ich Ihre Entscheidung prüfen und nachvollziehen kann, bitte ich auch um eine ausführliche Begründung der Ablehnung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Antragstellerin/ Antragssteller