

Formular Wunsch- und Wahlrecht

als Widerspruch bei bestehendem Bescheid

Antragsteller (Patient*in):

Vorname _____

Name _____

Straße + Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger*in):

Name _____

Straße + Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Widerspruch gegen zugewiesene Rehabilitationseinrichtung

Ausübung meines Wunschrechts

Mein Antrag vom _____ auf Durchführung der stationären medizinischen Rehabilitation wurde mit Bescheid vom _____ bewilligt. Die Rehabilitation soll in folgender Einrichtung stattfinden: _____. Ich möchte jedoch das mir zustehende Wunschrecht gemäß § 8 SGB IX geltend machen und in der von mir ausgewählten und zu meinen persönlichen Umständen passenden Rehabilitationseinrichtung behandelt werden.

Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für folgende Einrichtung entschieden:

Name der Klinik _____

Ort der Klinik _____

Ich bin davon überzeugt, dass die Erreichung meiner Reha-Ziele in dieser Rehabilitationsklinik am besten gewährleistet ist.

Sollten Sie meinem Wunsch nicht oder nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte schriftlich in Form eines rechtmittelfähigen Bescheids unter Angabe detaillierter medizinischer und ggf. sonstiger Gründe mit. Sofern es sich um eine Ablehnung aus Kostengründen handelt, bitte ich zudem um eine aussagekräftige Begründung dafür, warum Sie die durch meine Wahl entstehenden Mehrkosten als unverhältnismäßig hoch einstufen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum Unterschrift Antragsteller*in