Formular Wunsch- und Wahlrecht

als Ergänzung zum Antrag auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation

| Antragsteller (Patient*in): | |
|---|---|
| Vorname | |
| Name | |
| Straße + Hausnummer | |
| PLZ, Wohnort | |
| Leistungsträger der Rehabilit | tation (Antragsempfänger*in): |
| Name | · |
| Straße + Hausnummer | |
| PLZ, Wohnort | |
| | |
| Ergänzung zum Antrag auf Du Ausübung meines Wunschrecht | urchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: t |
| äußere ich hiermit den Wunsch, | uf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation , in einer von mir ausgewählten und für meine persönliche Situation chtung behandelt zu werden. Dieses Recht leite ich aus § 8 SGB IX ab. |
| Nach sorgfältiger Auswahl habe | e ich mich für folgende Einrichtung entschieden: |
| Name der Klinik | |
| Ort der Klinik | |
| lch bin davon überzeugt, dass o besten gewährleistet ist. | lie Erreichung meiner Reha-Ziele in dieser Rehabilitationsklinik am |
| schriftlich in Form eines rechtsn ggf. sonstiger Gründe mit. Sofel | cht oder nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte nittelfähigen Bescheids unter Angabe detaillierter medizinischer und rn es sich um eine Ablehnung aus Kostengründen handelt, bitte ich e Begründung dafür, warum Sie die durch meine Wahl entstehenden ßig hoch einstufen. |
| Mit freundlichen Grüßen | |
| Datum Unterso | chrift Antragsteller*in |