

## **Versicherte(r) bzw. Antragsteller**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Sozial-Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

## **Leistungs- bzw. Kostenträger (Antragsempfänger) der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme**

Name \_\_\_\_\_

Postfach/ Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

## **Antrag auf Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung gem. dem Wahlrecht nach §8, SGB IX**

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Anlage zu meinem Antrag auf Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme bitte ich Sie, meinem Wunsch nachzukommen, mich in der von mir auserwählten Rehabilitationsklinik zuzuweisen. Nach Einschätzung meines behandelnden Arztes bin ich überzeugt, dass auf Grund des med. Konzeptes, die zertifizierte und auf hohem medizinischem Niveau tätige ...

---

*Name der Rehabilitationsklinik, mit Anschrift*

die geeignete Rehaklinik für mich ist und aus meiner Sicht die Chance einer Verbesserung meines Krankheitsbildes absehbar ist.

Gemäß §8, SGB IX besteht für die Versicherten die Möglichkeit des Wunschrechts hinsichtlich der stationären Leistungen, im Rahmen zu einer medizinischen Rehabilitation, von dem ich Gebrauch mache.

Sofern Sie meinem o.a. Antrag nicht entsprechen, teilen Sie dies mir bitte in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides unter Angabe genauer, spezifischer Gründe (ärztliches Gutachten) mit.

Freundliche Grüße

---

Datum

---

Unterschrift Antragsteller/in