

Antragstellender

Vorname, Nachname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

An den Kostenträger

Deutsche Rentenversicherung: _____

Straße, Hausnr. oder Postfach: _____

PLZ, Wohnort: _____

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 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

Berolina Klinik Löhne/Bad Oeynhausen
Bültestraße 21
32584 Löhne

entschieden, weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale dieser Rehaeinrichtung eine besondere Bedeutung haben:

Aufgrund der Einschätzung meiner behandelnden Ärzte ist das medizinische Konzept der Berolina Klinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten. Ärztliche Stellungnahme ist als Anlage beigefügt.

Sonstiges: _____

Meiner Ansicht nach ist aus oben genanntem Grund/genannten Gründen in der Berolina Klinik Löhne/Bad Oeynhausen die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am besten möglich.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen/nur eingeschränkt 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 freundlichem Gruß

Unterschrift Antragstellender

Ort, Datum