

**Antragsteller:**

Vorname, Name \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

**Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):**

Name \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer o. Postfach \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Ergänzung meines Antrages vom \_\_. \_\_. \_\_\_\_**

Sehr geehrte Damen und Herren,

zu meinem Antrag auf die Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation habe ich ergänzend den Wunsch, in einer von mir selbst ausgewählten und für meine persönliche Situation geeignete Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden. Dieses Recht leite ich aus § 9 SGB IX ab, welches aussagt, dass Patienten bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Wunschrecht zusteht.

Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden: \_\_\_\_\_.

Ich bin der Überzeugung, dass in dieser Einrichtung 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 oder nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte schriftlich mit (rechtsmittelfähiger Bescheid unter Angabe genauer, medizinischer Gründe wie ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK).

Des Weiteren bitte ich um eine ausführliche Begründung der Ablehnung, damit ich Ihre Entscheidung prüfen und nachvollziehen kann. Sofern Kostenerwähnungen für die Ablehnung ausschlaggebend sein sollten, bitte ich auch dort um eine detaillierte Begründung warum Ihres Erachtens durch meine Wahl entstehende Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller