Antragsteller (Patient):

Vorname, Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefonnummer _____

Versicherungsnummer _____

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Widerspruch
Ihr Bescheid vom ___.___._____ bzgl. der Ablehnung des von mir ausgeübten Wunsch- und Wahlrechts nach §8 SGB IX

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich gegen den o. a. Bescheid Widerspruch. Der Bescheid ist mir am

___.___._____ zugegangen. Mein Widerspruch erfolgt daher form- und fristwahrend.

In meinem Antrag habe ich mein Wunsch- und Wahlrecht nach §8 SGB IX ausgeübt.

Folgende spezifische Gründe machen eine Behandlung in der von mir gewählten Rehaklinik erforderlich:

- ☐ Meine persönliche und familiäre Situation macht eine Behandlung in der gewählten Klinik erforderlich. Die persönliche Lebenssituation ist laut § 8 SGB IX i. V. m. § 33 Abs. 1 SGB I ein schwerwiegendes Kriterium bei der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts.
- ☐ Die speziellen Leistungsmerkmale der von mir gewählten Rehaklinik haben eine besondere Bedeutung für meine Behandlung.
- ☐ Sonstiges/Anlage mit Begründung

Aus diesem Grund fordere ich Sie auf, meinem ursprünglichen Antrag vom ___.___._____ zu entsprechen und die dafür erforderliche Kostenübernahmeerklärung kurzfristig auszustellen.

Mit freundlichen Grüßen

_____ _____

Datum Unterschrift Antragsteller