**Ihr Bescheid vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bzgl. der Ablehnung des von mir ausgeübten**

**Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX**

**Antragsteller (Rehabilitandin/ Rehabilitand):**

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

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kostenträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):**

Name \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Bescheid vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ teilen Sie mir mit, dass meinem Antrag auf eine stationäre

Rehabilitationsmaßnahme stattgegeben wurde. Die Maßnahme soll in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ stattfinden. Mit Verweis auf mein Wunsch- und Wahlrecht

nach § 8 SGB IX lege ich hiermit Widerspruch gegen die genannte Klinikzuweisung ein.

**Begründung:** In meinem Antrag habe ich dargelegt, welche spezifischen Gründe eine

Rehabilitation in der **salus klinik Lindow, Psychosomatikabteilung**, erforderlich machen.

☐ Ich habe bereits in meinem Antrag ausgeführt, dass aufgrund meiner persönlichen und familiären Situation diese Klinik für die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am besten geeignet ist.

☐ Ich habe ausgeführt, dass u. a. folgende medizinische Angebote der oben genannten Rehaklinik eine besondere Bedeutung für den Erfolg meiner Maßnahme haben:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

☐ In der oben genannten Rehaklinik kann ich meine Reha früher beginnen als in der mir zugewiesenen Klinik.

☐ Eine Rehabilitation in dieser Klinik würde sich besonders positiv auf meinen Rehabilitations-

erfolg auswirken, weil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich bitte daher, Ihre Klinikzuweisung unter Beachtung der von mir genannten Einrichtungen zu korrigieren. Sollte die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme in der von mir vorgeschlagenen Rehaklinik nicht möglich sein, bitte ich um eine schriftliche Begründung Ihrer Entscheidung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift Antragstellerin/ Antragssteller