

**Antragsteller (Patient)**

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

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

**Leistungs- bzw. Kostenträger der Rehabilitation (Antragsempfänger)**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

**Ergänzung meines Antrages auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: Wahlrecht nach §8 SGB IX**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ergänzend zu meinem Antrag vom \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation, bitte ich Sie, meinem Wunsch nachzukommen, mich der von mir ausgewählten Rehabilitationsklinik zuzuweisen. Nach Einschätzung meines behandelnden Arztes / meiner behandelnden Ärztin, bin ich überzeugt, dass auf Grund des medizinischen Konzeptes, die zertifizierte und auf hohem medizinischem Niveau tätige

**Rehabilitationsklinik „Garder See“ GmbH  
Garder Straße 5  
18276 Lohmen**

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

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen 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). Damit ich Ihre Entscheidung prüfen und nachvollziehen kann, bitte ich auch um eine ausführliche Begründung der Ablehnung. Sofern Kostenerwägungen für die Ablehnung ausschlaggebend sein sollten, bitte ich um eine detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens durch meine Wahl entstehende Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller / in