

## Widerspruch der zugewiesenen Rehaklinik

Antragsteller (Patient):

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

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):

Unternehmensname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

meiner medizinischen Rehabilitation wurde mit Bescheid vom \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
bewilligt.

Die Reha-Maßnahme soll in der \_\_\_\_\_  
durchgeführt werden. Ich habe den Wunsch, in einer von mir ausgewählten und für meine  
persönliche Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden. Dieses  
Recht leite ich aus § 8 SGB IX ab. Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für folgende  
Rehabilitationseinrichtung entschieden:

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

Ich bin überzeugt, dass in dieser Rehabilitationsklinik 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 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 und Unterschrift Antragsteller