

**Antragsteller:**

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

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

**Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. oder Postfach \_\_\_\_\_

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

**Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: Wunschrecht**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zusammenhang mit meinem Antrag auf die Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation habe ich den Wunsch, in einer von mir ausgesuchten und für meine individuelle Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden.

§ 9 SGB IX räumt allen Patientinnen und Patienten bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Wunschrecht ein. Danach habe ich auch das Recht, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtung durchführen zu lassen. Ich habe mich für die

AHB-Zentrum der Römerbad Klinik, Krankenhausstraße 6, 84066 Mallersdorf-Pfaffenberg

---

entschieden, weil aus meiner Sicht in dieser Rehabilitationsklinik die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am besten gewährleistet ist.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen/ nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides unter Angabe genauer, medizinischer Gründe (ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK), den individuellen Sachverhalt betreffend mit. Um eine ausführliche Begründung der tragenden Erwägungen Ihrer Entscheidung bitte ich genau so, wie, im Bedarfsfall, um detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens eventuelle Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

---

Datum

---

Unterschrift Antragsteller