

Antragsteller*in (Patient*in):

Vorname, Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon-Nr.: _____

Versicherungs-Nr.: _____

Leistungsträger der Rehabilitation (Empfänger des Antrages):

Name: _____

Straße, Haus-Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Widerspruch zu Ihrem Bescheid vom ____ . ____ . ____

Betrifft: Ablehnung des von mir ausgeübten Wunsch- und Wahlrechts nach §8 SGB IX

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich gegen den oben erwähnten Bescheid Widerspruch. Der Bescheid ist mir am _____ zugegangen. Mein Widerspruch erfolgt form- und fristgerecht.

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

Folgende 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 IX 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

Ich fordere sie aus genannten Gründen auf, meinem ursprünglichen Antrag vom _____ zu entsprechen und die dafür erforderliche Kostenübernahmeerklärung kurzfristig auszustellen.

Mit besten Grüßen

Datum

Unterschrift Antragsteller