**Antrag**

**Antragsteller:**

Vorname, Name Vorname, Name

Straße, Hausnummer Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort PLZ, Wohnort

**Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):**

Name Name

Straße, Hausnr. oder Postfach Straße, Hausnr. Oder Postfach

PLZ, Ort PLZ, Ort

**Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation: Wunsch- & Wahlrecht**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ergänzend zu meinem Antrag auf die Durchführung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation habe ich 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, welcher Patienten/Innen bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Wunschrecht zugesteht.

Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

**Top-Life Gesundheitszentrum Benz KG, Im Röschbünd 1-4, 77791 Berghaupten**

Ich bin der Überzeugung, 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). Um Ihre Entscheidung prüfen und nachvollziehen zu können, bitte ich zusätzlich 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, Ort Unterschrift Antragsteller