

ANTRAG AUF ÄNDERUNG DER ZUGEWIESENEN KLINIK

Antragsteller (Rehabilitandin/ Rehabilitand):

Vorname, Name	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Wohnort	
Telefonnummer	
Geburtsdatum	
Rentenversicherungsnummer	

Antragsempfänger (Leistungsträger der Rehabilitation):

Leistungsträger der Rehabilitation	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	

Sehr geehrte Damen und Herren,
mein Antrag auf Durchführung der medizinischen Rehabilitation wurde bereits mit Bescheid vom _____ bewilligt. Die Rehabilitation soll in der Einrichtung _____ stattfinden.

Gemäß meines Wunsch- und Wahlrechtes möchte ich in einer von mir ausgewählten und zu meinen persönlichen Umständen passenden Rehabilitationseinrichtung behandelt werden und bitte daher um eine Änderung der durchführenden Einrichtung. Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für die folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

MEDIGREIF Inselklinik Heringsdorf

- Haus Kulm, Kulmstraße 9, 17424 Seebad Heringsdorf**
(Fachklinik für psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
- Haus Gothensee, Setheweg 11, 17424 Seebad Heringsdorf**
(Fachklinik für Kinder und Jugendliche)

Ich bin der Überzeugung, dass in dieser Rehabilitationsklinik die Erreichung meiner Rehabilitationsziele 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. 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.

Ich danke Ihnen für die Berücksichtigung dieses Schreibens.

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift Antragsteller

Ort, Datum