

**Antragsteller**

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

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

**Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger)**

Name \_\_\_\_\_

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

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

**Antrag auf Heilstättenänderung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Antrag auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation wurde von Ihnen mit Bescheid vom \_\_\_\_\_ bewilligt. Die Rehabilitation soll in \_\_\_\_\_ stattfinden.

§8 SGB IX räumt allen Patientinnen und Patienten bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Wunsch- und Wahlrecht 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

*(Klinikname, Adresse)*

entschieden. Ich gehe davon aus, dass in dieser Rehabilitationsklinik eine Besserung 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, ggfs. durch den MDK), den individuellen Sachverhalt betreffend mit. Um eine ausführliche Begründung der tragenden Erwägungen Ihrer Entscheidung bitte ich genauso, wie, im Bedarfsfall, um detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens eventuelle Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller