

Widerspruch

Ihr Bescheid vom _____ bzgl. der Ablehnung des von mir ausgeübten
Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX

Antragsteller (Rehabilitandin/ Rehabilitand):

Vorname, Name _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Wohnort _____

Telefonnummer _____

Versicherungsnummer _____

Kostenträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Bescheid vom _____ teilen Sie mir mit, dass meinem Antrag auf eine stationäre
Rehabilitationsmaßnahme stattgegeben wurde. Die Maßnahme soll in _____
_____ stattfinden. Mit Verweis auf mein Wunsch- und Wahlrecht
nach § 8 SGB IX lege ich hiermit Widerspruch gegen die genannte Klinikzuweisung ein.

Begründung: In meinem Antrag habe ich dargelegt, welche spezifischen Gründe eine
Rehabilitation in der Eifelklinik, Mosenbergstraße 19, 54531 Manderscheid erforderlich
machen.

- Ich habe bereits in meinem Antrag ausgeführt, dass aufgrund meiner persönlichen und
familiären Situation diese Klinik für die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am
besten geeignet ist.
- Ich habe ausgeführt, dass u. a. folgende medizinische Angebote der oben genannten
Rehaklinik eine besondere Bedeutung für den Erfolg meiner Maßnahme haben:

- In der oben genannten Rehaklinik kann ich meine Reha früher beginnen als in der mir
zugewiesenen Klinik.
- Eine Rehabilitation in dieser Klinik würde sich besonders positiv auf meinen Rehabilitations-
erfolg auswirken, weil _____

Ich bitte daher, Ihre Klinikzuweisung unter Beachtung der von mir genannten Einrichtungen
zu korrigieren. Sollte die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme in der von mir
vorgeschlagenen Rehaklinik nicht möglich sein, bitte ich um eine schriftliche Begründung
Ihrer Entscheidung.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Antragstellerin/ Antragssteller