

### **Antragsteller**

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

Straße \_\_\_\_\_

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

### **An den Antragsempfänger (Leistungsträger)**

Name \_\_\_\_\_

Straße oder Postfach \_\_\_\_\_

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

### **Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: Wahlrecht**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe den Wunsch, im Rahmen der von mir beantragten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, eine von mir ausgesuchte Rehabilitationsklinik aufzusuchen, die für meine individuelle Situation geeignet ist.

Gemäß § 8 SGB IX und § 33 SGB I haben Versicherte bei der Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ein Wahlrecht. Ich möchte von meinem Recht Gebrauch machen, die medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst vorgeschlagenen Rehabilitationsklinik durchzuführen. Insbesondere auch in Anbetracht der für meine Situation relevanten Indikationen habe ich mich daher für die

**HESCURO - Klinik REGINA - Bad Kissingen  
Schönbornstraße 19  
97688 Bad Kissingen**

entschieden, weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale der HESCURO - Klinik REGINA - Bad Kissingen eine besondere Bedeutung haben:

- Aufgrund der Einschätzung meines mich behandelnden (Haus-/Fach-)Arztes ist das medizinische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten. **Seine ausführliche Begründung ist als Anlage beigelegt.**



- Orthopädischer fachärztlicher Konsildienst und Diagnostik (bei psychosomatischer Einweisungsindikation) durch die orthopädische Fachabteilung am Hause
- Wohnortnähe wg. eingeschränkter Transportfähigkeit
- Wohnortnähe wg. Besuchsbedürftigkeit durch Eingeschränkt mobile Angehörige / Freunde
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Meiner Ansicht nach ist aus oben genanntem Grund /genannten Gründen in der HESCURO - Klinik REGINA - Bad Kissingen die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am Besten möglich.

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; ggf. durch den MDK) mit.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller