

Antragsteller (Versicherter):

Vorname, Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Antragsempfänger (Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme):

Name _____

Straße, Hausnummer / Postfach _____

PLZ, Ort _____

Antrag auf Heilstättenänderung

Bescheid vom _____ bzgl. der Ablehnung des von mir ausgeübten Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich gegen den o.g. Bescheid Widerspruch erheben. Der Bescheid ist mir am _____ zugegangen. Der Widerspruch erfolgt daher form- und fristgerecht.

Begründung: In meinem Antrag habe ich mein Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX ausgeübt und begründet, warum eine Behandlung in der von mir gewählten Rehabilitationseinrichtung erforderlich ist.

- Auf Grund meiner persönlichen und familiären Situation ist eine Behandlung in der gewählten Einrichtung erforderlich. Die persönliche Lebenssituation ist laut § 9 SGB IX i.V.m. § 33 Abs. 1 SGB IX ein schwerwiegendes Kriterium bei der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts.

Ggf. Erläuterung: _____

- Die speziellen Leistungsmerkmale, der von mir gewählten Klinik, haben eine besondere Bedeutung für meine Behandlung.

Ggf. Erläuterung: _____

Sonstiges: _____

Aus diesem Grund fordere ich Sie auf, meinem ursprünglichen Antrag vom _____ zu entsprechen und die dafür erforderliche Kostenübernahmeerklärung kurzfristig auszustellen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift