

Antragssteller

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme

Name: _____

Anschrift: _____

Ergänzung meines Antrages auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme: *Wunsch- und Wahlrecht*

Sehr geehrte Damen und Herren,

einhergehend mit meinem Antrag auf die Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme äußere ich den Wunsch, in einer von mir ausgesuchten und für meine individuellen Bedürfnisse geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden.

Bei meiner Antragsstellung berufe ich mich auf § 9 Abs. 1 SGB IX. Danach habe ich als Patient ein Mitspracherecht bei der Wahl der Rehabilitationseinrichtung und entscheide mich daher für die:

Klinikum Bad Bramstedt GmbH

Name der Klinik

Die Klinikum Bad Bramstedt GmbH erfüllt höchste medizinische, therapeutische und pflegerische Qualitätsansprüche, daher sehe ich in der Klinik den größtmöglichen medizinischen Erfolg für meine Rehabilitation sowie die Verbesserung meines Gesundheitszustandes gewährleistet.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift Antragssteller