

Kostenträger der Rehabilitation/Anschlussheilbehandlung

Anschrift

Plz, Wohnort

Name/Vorname(Antragssteller)

Anschrift

Ergänzung meines Antrages auf Durchführung einer stationäre Rehabilitation/Anschlussheilbehandlung: 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:

**Ostseeklinik Schönberg-Holm
An den Salzwiesen 1
24217 Schönberg**

Die Ostseeklinik Schönberg-Holm 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 Antragsteller