

Antragsteller

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme

Name: _____

Straße _____

oder Postfach: _____

PLZ, Ort: _____

Ergänzung meines Antrages auf Durchführung einer ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme: Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts

Sehr geehrte Damen und Herren,

einhergehend mit meinem Antrag auf die Durchführung einer ambulanten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme möchte ich von meinem Recht Gebrauch machen, diese in einer von mir selbst gewählten Rehabilitationseinrichtung durchzuführen. Dabei berufe ich mich auf § 9 SGB IX.

Demgemäß habe ich als Patient/Patientin ein Mitspracherecht bei der Wahl der Rehabilitationseinrichtung und entscheide mich insbesondere auch in Anbetracht der für meine Situation relevanten Indikationen für das

Gesundheits-Zentrum Hunsrück

-Ambulantes Reha-Zentrum-

Laubacher Str. 44

56288 Kastellaun

Das Gesundheits-Zentrum Hunsrück ist von allen Kostenträgern zugelassen und erfüllt höchste medizinisch-therapeutische Qualitätsansprüche. Ich sehe daher gewährleistet, dass ich in dieser Rehaeinrichtung den für mich größtmöglichen medizinisch-therapeutischen Erfolg sowie eine Verbesserung meines Gesundheitszustandes erzielen kann.

Mit freundlichen Grüßen,

Datum

Unterschrift Antragsteller