

Absender / Antragsteller

Vorname, Name _____

Straße/Nr _____

PLZ, Wohnort _____

Empfänger / Kostenträger

Name _____

Straße/Nr., o. Postfach _____

PLZ, Ort _____

Antrag auf Heilstättenänderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Antrag auf Durchführung der stationären medizinischen Rehabilitation wurde bereits mit Bescheid vom _____ bewilligt.

Die Rehabilitation soll in _____ stattfinden. Allerdings möchte ich das mir gemäß § 8 SGB IX zustehende Wunschrecht geltend machen. Gerne möchte ich in einer von mir ausgewählten und zu meinen persönlichen Umständen passenden Rehabilitationseinrichtung behandelt werden.

Nach genauer Überlegung habe ich mich für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

Falls Sie diesem Wunsch nicht entsprechen können, teilen Sie mir das bitte schnellstmöglich mitsamt schriftlicher Ablehnungserklärung mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller