

Antragsteller

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Sozialversicherungsnummer _____

Antragsempfänger / Kostenträger der Reha-Maßnahme

Name: _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

**Antrag auf Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung
(Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX und § 33 SGB I)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß der geltenden Rechtsprechung haben Versicherte ein gesetzliches Wunsch- und Wahlrecht hinsichtlich der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme / einer Anschlussheilbehandlung, von dem ich hiermit Gebrauch mache.

Insbesondere in Anbetracht der für meine persönliche Situation relevanten Indikationen sowie zur Verbesserung meines Gesundheitszustands habe ich mich für die qualifizierte und zertifizierte

CURSCHMANN KLINIK der Klinikgruppe Dr. Guth GmbH & Co. KG

Saunaring 6

23669 Timmendorfer Strand

entschieden.

Ich bitte Sie meinem Wunsch nachzukommen und die beantragte Maßnahme in der o. g. Klinik zu genehmigen.

Sofern Sie meinen Antrag ablehnen, teilen Sie mir dies bitte in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides unter der Angabe detaillierter, spezifischer Gründe (ärztliches Gutachten) mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller