

**Antragsteller:**

Vorname, Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

**Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. Oder Postfach \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

**Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: *Wunschrecht***

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zusammenhang mit unserem Antrag auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation, haben wir den Wunsch, in einer von uns ausgesuchten und für unsere individuelle Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden.

§ 9 SGB IX räumt allen Patientinnen und Patienten bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Wunschrecht ein. Danach haben wir auch das Recht, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von uns selbst vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtung durchführen zu lassen. Wir haben uns für die

**Ostseestrand-Klinik, Strandstr. 13, 17459 Seebad Kölpinsee**

entschieden, weil aus unserer Sicht in dieser Rehabilitationsklinik die Verbesserung des Gesundheitszustandes am besten gewährleistet ist.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Antragsteller)