

Absender/ Antragsteller:

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):

**Ergänzung meines Antrages auf Durchführung einer medizinischen Rehabilitation:
Ausübung Wunsch- und Wahlrecht**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zusammenhang mit meinem Antrag auf die Durchführung einer stationären, medizinischen Rehabilitation möchte ich von meinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen, in einer von mir ausgesuchten und für meine individuelle Situation geeigneten Rehabilitationsklinik aufzusuchen und dort behandelt zu werden.

Gemäß § 9 SGB IX und § 33 SGB I haben Versicherte bei der Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ein Wahlrecht. Ich möchte von meinem Recht Gebrauch machen, die medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst ausgewählten Rehabilitationsklinik durchzuführen. **Insbesondere auch in Anbetracht der für meine Situation relevanten Indikationen habe ich mich daher für die**

**Tomesa Fachklinik
Riedstrasse 19
36364 Bad Salzschlirf**

entschieden, weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale der Tomesa Fachklinik eine besondere Bedeutung haben:

- Aufgrund der Einschätzung meines mich behandelnden Arztes ist das medizinische Konzept der Tomesa Fachklinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten
- Zertifizierte Qualitätsrehabilitation nach den Kriterien der EQR und KTQ
- Teilnahme der Klinik am Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung
- Hochwertige medizinische Versorgung sowie qualifizierte Diagnostik und Therapie

Ich gehe davon aus, dass in der Tomesa Fachklinik eine Besserung meines Gesundheitszustandes am besten gewährleistet ist.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen bzw. nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides unter Angabe genauer, medizinischer Gründe (ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK) mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller (Ihre Unterschrift)