Brief zur Wunschklinik für die Reha

Name: _____ Straße: _____

PLZ, Ort: _____ Ort, Datum: _____

An die Krankenkasse oder Rentenversicherung: _____

Antrag auf medizinische Rehabilitation, Versichertennummer

_____

Mein Wunsch nach § 8 SGB IX

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Arzt hat für mich eine medizinische Rehabilitation verordnet. Für die Durchführung wünsche ich mir nach § 8 Absatz 1 SGB IX die folgende Einrichtung:

Klinik: _____

Ort: _____

Meine Gründe (bitte ankreuzen):

- ☐ Die Klinik liegt nah an meinem Wohnort. So kann mich mein Ehepartner oder meine Familie während der Reha besuchen.
- ☐ Die Klinik hat eine Fachabteilung für meine Erkrankung.
- ☐ Ich war dort bereits in Behandlung und habe gute Erfahrungen gemacht.
- ☐ Die Klinik ist barrierefrei und auf meine körperlichen Einschränkungen eingestellt.
- ☐ Ich pflege einen Angehörigen. Die Nähe der Klinik erleichtert es, die Versorgung zu Hause zu organisieren.
- ☐ Die Klinik berücksichtigt meine religiösen oder weltanschaulichen Bedürfnisse.
- ☐ Am Ort gibt es das natürliche Heilmittel, das mein Arzt mir empfiehlt, zum Beispiel Sole, Moor oder Heilklima.
- ☐ Weitere Gründe: _____

Ich bitte Sie, meinem Wunsch zu entsprechen. Falls Sie dem nicht folgen möchten, bitte ich um einen schriftlichen und begründeten Bescheid, wie es § 8 SGB IX vorsieht.

Mit freundlichen Grüßen, Unterschrift: _____

Anlage: Kopie der ärztlichen Verordnung

Widerspruch gegen eine andere Klinik

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

An: _____

Ort, Datum: _____

Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom _____, Aktenzeichen _____

Versichertennummer _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich Widerspruch gegen Ihren Bescheid ein, soweit Sie mir die Rehabilitation in der Einrichtung _____ zuweisen und meinem Wunsch nach einer Rehabilitation in _____ nicht entsprechen.

Nach § 8 Absatz 1 SGB IX ist berechtigten Wünschen zu entsprechen. Meine Gründe:

_____

_____

_____

_____

Ich bitte darum, die Rehabilitation in meiner Wunschklinik zu bewilligen. Sollten Mehrkosten entstehen, bitte ich zu prüfen, ob diese mit Blick auf mein Wunsch und Wahlrecht angemessen sind (§ 40 Absatz 2 SGB V).

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift: _____

Frist: ein Monat ab Bekanntgabe des Bescheids. Eine Kopie für Ihre Unterlagen behalten.