

An den Leistungsträger

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße oder Postfach

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

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

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer

### Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts

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

**Charlottenhall Rehabilitations- und Vorsorgeklinik  
für Kinder und Jugendliche gGmbH  
Mathilde-Wurm Str. 7  
36433 Bad Salzungen**

entschieden. Ich gehe davon aus, dass in der Rehabilitations- und Vorsorgeklinik Charlottenhall eine Besserung meines Gesundheitszustandes am besten gewährleistet ist.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller