

Name:

Anschrift:

Kostenträger:

Anschrift:

Ort, Datum:

Widerspruch gegen Zuweisung in die (Name der Einrichtung) _____

Versicherungsnummer: _____

Aktenzeichen: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Bescheid vom _____ teilen Sie mir mit, dass meinem Antrag auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme stattgegeben wurde. Die Maßnahme soll in _____ (Name und Anschrift der Einrichtung) _____ stattfinden. Mit Verweis auf mein Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX lege ich hiermit Widerspruch gegen die genannte Klinikzuweisung ein.

Zur Begründung:

(Erläutern Sie hier, warum Sie mit der Reha-Klinik nicht einverstanden sind;

z.B.

Meine von mir gewünschte Klinik kann eine schnellere Aufnahme ermöglichen.

Oder

Die in meinem Fall notwendige Therapie ist durch das Leistungsspektrum der _____ (Name der Einrichtung) _____ nicht gedeckt. Daher ist nicht zu erwarten, dass die Rehabilitationsziele in dieser Einrichtung mit ausreichendem Erfolg erzielt werden können.)

Nach Rücksprache mit meinem/r behandelnden Arzt/Ärztin (Name) _____ wäre unter Berücksichtigung meiner Indikation ein optimaler Therapie-Erfolg in der (Name und Anschrift der Einrichtung) _____ gewährleistet. Alternativ käme auch die (Name und Anschrift der Einrichtung) _____ in Frage. Für detaillierte Auskünfte zu meinem Krankheitsbild und den in meinem Fall angezeigten Therapiemaßnahmen steht ihm Herr/Frau (Name) _____ gerne zur Verfügung.

Ich bitte daher, Ihre Klinikzuweisung unter Beachtung der von mir genannten Einrichtungen zu korrigieren. Sollte die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahme in keiner der beiden von mir vorgeschlagenen Einrichtungen möglich sein, bitte ich um eine schriftliche Begründung Ihrer Entscheidung.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift