

**Widerspruch gegen Zuweisung von (Antragssteller):**

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

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

**in die Rehabilitationseinrichtung:**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

**durch den Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Bescheid vom \_\_\_\_\_ teilen Sie mir mit, dass meinem Antrag auf eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme stattgegeben wurde. Die Maßnahme soll in der oben genannten Rehabilitationseinrichtung stattfinden. Mit Verweis auf mein Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX lege ich hiermit Widerspruch gegen die genannte Klinikzuweisung ein.

**Zur Begründung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unter Berücksichtigung meiner Indikation ist ein optimaler Therapie-Erfolg in dieser Einrichtung gewährleistet:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift