

Antragsteller:

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Wohnort: _____

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger)

Name: _____

Straße, Hausnr. /
oder Postfach: _____

PLZ, Ort: _____

Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen
Rehabilitation: Wunsch- und Wahlrecht

Sehr geehrte Damen und Herren,

gemäß § 9 SGB IX haben Versicherte bei der Durchführung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme ein Wahlrecht. Ich möchte von meinem Recht Gebrauch machen, die medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst vorgeschlagenen Rehabilitationsklinik durchzuführen. Nach eingehender Prüfung habe ich den Wunsch, im Rahmen der von mir beantragten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, eine von mir ausgesuchte Rehabilitationsklinik aufzusuchen, die für meine individuelle Situation geeignet ist. Insbesondere in Anbetracht der für meine Situation relevanten Indikationen habe ich mich daher für das

Therapiezentrum Psychose und Sucht (TPS)
Holstenkamp 119 Haus 2
22525 Hamburg
IK 510 201 003

entschieden, weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale dieser Rehabilitationsklinik eine besondere Bedeutung haben:

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/in