

An den zuständigen Kostenträger:

---

---

---

Antragsteller\*in:

---

---

---

## Antrag auf Heilstättenänderung

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Antrag auf Durchführung der stationären medizinischen Rehabilitation wurde bereits mit Bescheid vom \_\_\_\_\_ bewilligt. Die Rehabilitation soll in \_\_\_\_\_ stattfinden.

Allerdings möchte ich das mir gemäß § 8 SGB IX zustehende Wunschrecht geltend machen. Gerne möchte ich in einer von mir ausgewählten und zu meinen persönlichen Umständen passenden Rehabilitationseinrichtung behandelt werden.

Nach genauer Überlegung habe ich mich für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

---

Falls Sie diesem Wunsch nicht entsprechen können, teilen Sie mir das bitte schnellstmöglich mitsamt schriftlicher Ablehnungserklärung mit.

Freundliche Grüße

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller\*in