

Versicherungs-Nr.

Datum:

Antragsteller:

Tel.:

Fax:

Mobil:

Vorname, Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Wohnort

Antragsempfänger (Leistungsträger):

Name der Klinik

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Ausübung meines Wunsch- und Wahlrechtes

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ausübung meines Wunsch- und Wahlrechtes und im Rahmen der von mir beantragten stationären Rehabilitationsmaßnahme, habe ich mich für folgende Rehabilitationsklinik für Skoliosebehandlung entschieden, die für mein Kind geeignet ist.

Name der Wahl - Klinik:

Gemäß § 9 SGB IX und § 33 SGB I haben Versicherte bei der Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ein Wahlrecht. Ich möchte hiermit von meinem Recht Gebrauch machen.

Nach Rücksprache mit dieser Klinik gehe ich davon aus, dass in dieser Rehabilitationsklinik eine Besserung des Gesundheitszustandes meines Kindes im Hinblick auf ihre Skoliose Erkrankung am besten gewährleistet ist.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift