

Versicherungs-Nr.

Datum:

Antragsteller:

Tel.:

Fax:

Mobil:

Vorname, Name

Straße, Hausnr.

PLZ, Wohnort

Antragsempfänger (Leistungsträger):

Name der Klinik

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Widerspruch zur Bewilligung meines Antrages auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme für mein Kind.

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank für die Genehmigung der beantragten Rehabilitationsmaßnahme für mein Kind.

Hiermit lege ich fristgerecht Widerspruch gegen Ihre Entscheidung, meinem Kind die Klinik

_____ zuzuweisen.

Das Sozialgesetzbuch räumt allen Versicherten gemäß § 9 SGB IX und § 33 SGB I bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Wunsch- und Wahlrecht ein. Berechtigt sind alle Wünsche, denen keine Rechtsnormen entgegenstehen.

Meine beantragte Wunsch- und Wahlklinik wurde von Ihnen nicht genehmigt. Ich erbitte hiermit eine schriftliche, nachvollziehbare und plausible Begründung.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift