

Absender / Versicherter

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Empfänger / Kostenträger

Name: _____

Straße
oder Postfach: _____

PLZ, Ort: _____

Widerspruch gegen Ihren Bescheid für Rehabilitationsleistungen vom _____._____._____

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen den ergangenen Bescheid vom _____._____._____ lege ich hiermit fristgemäß
Widerspruch ein.

Ihr Bescheid sieht eine Rehabilitationsmaßnahme in der Klinik / im Rehasentrum
_____ vor. Mit Verweis auf mein Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX lege ich
hiermit Widerspruch gegen die genannte Klinik- / Zentrumzuweisung ein.

Die in meinem Fall notwendige Therapie ist durch das Leistungsspektrum der von Ihnen
zugewiesenen Einrichtung nicht gedeckt. Daher ist nicht zu erwarten, dass die
Rehabilitationsziele in dieser Einrichtung mit ausreichendem Erfolg erzielt werden können.

Nach Rücksprache mit meinem/r behandelnden Arzt/Ärztin _____(Name) wäre unter
Berücksichtigung meiner Indikation ein optimaler Rehabilitations-Erfolg im **Göttinger
Rehasentrum Rainer Junge GmbH** gewährleistet.

Ich beantrage daher die Aufhebung des Bewilligungsbescheides und eine erneute Prüfung
und Entscheidung in meinem Fall. Bezug nehmend auf mein Wunsch und Wahlrecht bitte ich
zudem darum, Ihre Klinik- / Zentrumzuweisung unter Beachtung der von mir genannten
Einrichtungen zu korrigieren.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift