

### Antragsteller

Vorname Nachname

---

Straße Hausnummer

---

PLZ, Wohnort

---

### An den Kostenträger

Deutsche Rentenversicherung

---

Straße, Hausnr. oder Postfach

---

PLZ, Wohnort

---

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe den Wunsch, im Rahmen der von mir beantragten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, eine von mir ausgesuchte Rehabilitationsklinik aufzusuchen, die für meine individuelle Situation geeignet ist.

Gemäß § 8 SGB IX und § 33 SGB I haben Versicherte bei der Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ein Wahlrecht. Ich möchte von meinem Recht Gebrauch machen, die medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst vorgeschlagenen Rehabilitationsklinik durchzuführen. Insbesondere auch in Anbetracht der für meine Situation relevanten Indikationen habe ich mich daher für das

**Rehazentrum Oberharz  
Schwarzenbacher Str. 19  
38678 Clausthal-Zellerfeld**

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

- Aufgrund der Einschätzung meiner behandelnden Ärzte ist das medizinische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten.

**Ärztliche Stellungnahme ist als Anlage beigefügt.**

- Psychotherapeutische Begleitung  
(bei onkologischer Einweisungsindikation)  
durch die psychosomatische Fachabteilung am Hause

- Onkologischer fachärztlicher Konsildienst und Diagnostik (bei psychosomatischer Einweisungsindikation) durch die onkologische Fachabteilung am Hause
- Aufgrund der besonderen Kompetenzen und Konzepte im Haus, bei der Behandlung von „Long Covid“ Erkrankungen, nach Corona-Infektion.
- Wohnortnähe wg. eingeschränkter Transportfähigkeit
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Meiner Ansicht nach ist aus oben genanntem Grund / genannten Gründen im Rehazentrum Oberharz die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am besten möglich.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen / nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides unter Angabe genauer, medizinischer Gründe (ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK) mit.

Mit freundlichem Gruß

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragstellender

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