

Antragsteller (Versicherter)

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Leistungsträger der Rehabilitation/ Anschlussrehabilitation (Antragsempfänger):

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Ergänzung meines Antrages auf Durchführung einer ambulanten  
medizinischen Anschlussrehabilitation: Wunsch- und Wahlrecht**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ergänzend zu meinem Antrag auf die Durchführung einer ambulanten medizinischen Rehabilitation/ Anschlussrehabilitation habe ich den Wunsch, in einer von mir ausgewählten und für meine persönliche Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden. Dieses Recht leite ich aus § 8 SGB IX ab, welcher Patienten bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Wunsch- und Wahlrecht zugesteht. Laut Vorgabe des Gesetzgebers steht die medizinische Eignung dabei über dem „Wirtschaftlichkeitsgebot“.

Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

\_\_\_\_\_

Ich bin der Überzeugung, dass in dieser Rehabilitationsklinik die Erreichung meiner Reha-Ziele und somit die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am besten gewährleistet ist. Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte schriftlich mit (rechtsmittelfähiger Bescheid unter Angabe genauer, medizinischer Gründe wie ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK).

Da ich aus medizinischen Gründen, nicht selbst zur ambulanten Rehabilitation/ Anschlussrehabilitation anreisen kann, bitte ich um die Übernahme der Kosten für den Fahrdienst nach §133 SGB V zur An- und Abreise zur ambulanten Rehabilitation. Das Recht auf Übernahme der Kosten erschließt sich aus §60 SGB V, der besagt, dass Fahrtkosten nach §133 SGB V von der Krankenkasse übernommen werden müssen, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Die medizinische Notwendigkeit für die Inanspruchnahme eines Fahrdienstes wurde ärztlich festgestellt (vgl. Angabe im Ärztlichen Befundbericht, Anlage zum AHB-Antrag).

Mit freundlichen Grüßen

---

Datum, Unterschrift Antragsteller