

Antragsteller	
Name:	
Vorname:	
Straße:	
Postleitzahl:	
Wohnort:	

Leistungsträger der medizinischen Rehabilitationsmaßnahme	
Bezeichnung/ Name:	
Straße:	
Postleitzahl:	
Dienstort:	

**Anlage zu meinem Antrag auf Durchführung einer Maßnahme der
medizinischen Rehabilitation**

Gemäß § 9 Abs. 1 SGB IX berufe ich mich auf mein Wunsch- und Wahlrecht bei der Auswahl der Rehabilitationseinrichtung.

Ich wünsche die Durchführung der beantragten Rehabilitationsmaßnahme in der **Michael-Balint-Klinik Königsfeld**, deren Qualitätsstandards den gesetzlichen Vorgaben in vollem Umfang entsprechen.

Mit freundlichen Grüßen

.....

(Ort, Datum)

.....

(Unterschrift Antragsteller)