



GRÄFLICHE KLINIKEN  
PARK KLINIK

**Antragsteller**

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

\_\_\_\_\_  
Straße

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

**An den Antragsempfänger (Leistungsträger)**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße oder Postfach

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

---

**Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts**

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 die

**Park Klinik Bad Hermannsborn GmbH & Co. KG  
Hermannsborn 1  
33014 Bad Driburg**

entschieden. Ich gehe davon aus, dass in dieser Rehabilitationsklinik eine Besserung meines Gesundheitszustandes am besten gewährleistet ist.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum Unterschrift Antragsteller