Kostenträger der Rehabilitation (Antragsempfänger)

Name: ----------

Straße, Nr./Postfach ----------

PLZ, Ort ----------

Patientenwunsch- und -wahlrecht

SGB V §1 (2), SGB IX §9 (1), SGB 1 § 33 (1), GG Art. 2 (2)

Als Leistungsberechtigter einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich gemäß den allgemeinen Bestimmungen von meinem Patientenwunsch- und –wahlrecht Gebrauch machen.

Nachdrücklich bringe ich meinen Willen zum Ausdruck, die geplante Rehabilitations-/Anschlussheilbehandlung in der Waldeck Klinik Bad Dürrheim, 78073 Bad Dürrheim, Waldstr. 18, durchzuführen. Die Waldeck Klinik hat erfolgreich an dem von den Spitzenverbänden der Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 und 3 bis 5 gefordertem einrichtungsinternen Qualitätsmanagement nach Abs. 2 Satz 1 sowie an einheitlichen unabhängigen Zertifizierungsverfahren zur Umsetzung und Sicherung des Qualitätsmanagements teilgenommen.

Ich habe die Waldeck Klinik aus meiner Sicht gewählt, da diese die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am besten gewährleisten kann.

Hierbei bitte ich meine individuellen Verhältnisse und meine Leistungseinschränkung zu beachten.

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anschrift: _____

_____

Krankenkasse:_____

....

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers

Copyright
© Waldeck Klinik, Bad Dürrheim