

Abs:

An die

Datum: _____

**Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vom _____
Umstellungsbitte Wunschklinik**

Vers.-Nr.: _____

Wunschklinik: _____

Zuweisungsklinik: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom _____ lege ich hiermit hinsichtlich der benannten Zuweisungsklinik fristwährend und formlos Widerspruch ein. Eine ausführliche Begründung meiner Umstellungsbitte wird nach Erhalt der ergänzenden medizinischen Stellungnahme folgen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift