

Abs:

.....  
.....  
.....

An die

.....  
.....  
.....  
.....

Datum: .....

**Leistungen zur medizinischen Rehabilitation vom .....**  
**hier: 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