

## **Antragsteller**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## **Kostenträger der Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## **Ergänzung meines Antrages auf Durchführung einer stationären Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme: Wunsch und Wahlrecht**

Sehr geehrte Damen und Herren,

einhergehend mit meinem Antrag auf die Durchführung einer stationären Mutter-/Vater-Kind-Maßnahme äußere ich den Wunsch, in einer von mir ausgesuchten und für meine individuellen Bedürfnisse geeigneten Einrichtung behandelt zu werden.

Bei meiner Antragstellung berufe ich mich auf § 9 Abs. 1 SGB IX. Danach habe ich als Leistungsberechtigter ein Mitspracherecht bei der Wahl der Einrichtung und entscheide mich daher für die

### **AKH Alpenblick Klinik Hotzenplotz in Rickenbach**

In den hohen Qualitätsstandards der AK Alpenblick Klinik Hotzenplotz sehe ich den größtmöglichen Erfolg für meine Behandlung und die meines Kindes sowie die Verbesserung unseres Gesundheitszustandes am Besten gewährleistet.

Mit freundlichen Grüßen

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Antragsteller \_\_\_\_\_