

**Anlage 6** (nur wenn Wahlarzt gewünscht)

**INDIVIDUELLE VERTRETUNGSVEREINBARUNG**  
(bei vorhersehbarer Verhinderung des Wahlarztes)

Für den Zeitraum der vorhersehbaren Verhinderung meines Wahlarztes:

.....  
Name Wahlarzt

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

entscheide ich mich für folgende Alternative:

- Ärztliche Vertretung durch Herrn \_\_\_\_\_
- Verzicht auf ärztliche Wahlleistungen im Fachbereich und Behandlung im Rahmen der allgemeinen ärztlichen Versorgung ohne Arztwahl.

Ich wurde über die Alternativen ausführlich aufgeklärt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Rehabilitanden  
bzw. gesetzlicher Vertreter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mitarbeiter Kurparkklinik  
(Klinikgesellschaft Heilbad Heiligenstadt mbH)