Absender entspricht Antragssteller

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empfänger entspricht Kostenträger

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Mein Antrag auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation**

**Wunsch- und Wahlrecht gem. § 8 SGB IX**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe einen Antrag auf eine stationäre medizinische Rehabilitation gestellt und möchte diesen um den Wunsch ergänzen, die Rehabilitationsmaßnahme in folgender Rehabilitationseinrichtung durchzuführen:

**Hardtwaldklinik II
Hardtstr. 32, 34596 Bad Zwesten**

Laut § 8 SGB IX habe ich als Patient/in das Recht eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtung durchführen zu lassen – das sogenannte Wunsch- und Wahlrecht.

Daher betrachte ich die Hardtwaldklinik II für die Behandlung meiner Beschwerden und meiner persönlichen Situation für besonders geeignet. Folgende Gründe hierzu möchte ich Ihnen aufführen:

**Medizinische Gründe**

|  |
| --- |
|[ ]  Aufgrund der Einschätzung meiner/meines mich behandelnden (Haus-/Fach-) Ärztin/Arztes ist das medizinisch-therapeutische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten.  |
|[ ]  Aufgrund der Einschätzung meiner/meines mich behandelnden (Haus-/Fach-) Ärztin/Arztes ist das medizinisch-therapeutische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten. Ihre/Seine ausführliche Begründung ist als Anlage beigefügt. |
|[ ]  Aufgrund der Einschätzung meiner/meines mich behandelnden Psychaterin/Psychaters - Psychotherapeutin/Psychotherapeuten ist das medizinisch-therapeutische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten.  |
| [ ]   | Aufgrund der Einschätzung meines mich behandelnden Psychotherapeuten ist das medizinisch-therapeutische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten. Ihre/Seine ausführliche Begründung ist als Anlage beigefügt. |
| [ ]  | Die Klinik bietet nicht nur eine qualifizierte Psychotherapie an. Die Mitarbeiter verfügen auch über eingehende psychiatrische und psychopharmakologische Kenntnisse und Erfahrungen. |
| [ ]  | Viele Ärztinnen und Ärzte der Klinik sind ausgebildete Sozialmediziner, mit besonderem Wissen um die beruflichen Auswirkungen gesundheitlicher Störungen. Durch dieses Fachwissen sehe ich für mich besondere Chancen einer erfolgreichen Teilhabe am Erwerbsleben durch die Rehabilitation. |
|[ ]  Aufgrund des therapeutischen Konzeptes der Klinik kann während des Aufenthaltes nahtlos an meine derzeitige ambulante Psychotherapie angeknüpft werden. |
|[ ]  Der Qualitätsbericht der Hardtwaldklinik II weist aus, dass die Klinik deutlich überdurchschnittliche Ergebnisse hinsichtlich der Beschwerdebesserung erzielt |
|[ ]  Das Behandlungskonzept bietet mehrere etablierte Therapieverfahren an (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Psychodrama). Hierdurch kann eine für meine individuellen Bedürfnisse angemessene Therapieform vereinbart werden |
|[ ]  Die Klinik verfügt über ein hochwertiges Angebot von qualifizierten Beratungen und Schulungen zur Änderung von Ernährungsgewohnheiten, was für mich von großer Wichtigkeit ist. |
|[ ]  Die Zertifizierung der Klinik nach den Kriterien von DEGEMED und DIN ISO 9001 zeugen für mich von einem hohen Qualitätsbewusstsein. |
|[ ]  Die Lage der Hardtwaldklinik II in Wohnortnähe ist wegen meiner eingeschränkten Transportfähigkeit für mich wichtig. |
|[ ]  Durch die Lage der Hardtwaldklinik II in Wohnortnähe können meine eingeschränkt mobilen Angehörigen/Bezugspersonen mich regelmäßig besuchen und ggfs. in die Therapie mit einbezogen werden. |
|[ ]  Die Lage der Hardtwaldklinik II ist von meinem Wohnort weit genug entfernt, dass ich meine Therapie unabhängig von meinem sonstigen sozialen Umfeld durchführen kann. |

# Wichtige persönliche und sonstige Gründe

|  |
| --- |
|[ ]  Ich möchte für mich den bestmöglichen Rehabilitationserfolg erzielen. Dabei unterstützt mich das bei meiner letzten Rehabilitation entstandene Vertrauensverhältnis und die damit einhergehenden sehr guten Erfahrungen während meines Aufenthaltes in der Hardtwaldklinik II. Ich bin fest davon überzeugt diesen Erfolg wieder in der o.g. Klinik erzielen zu können. |
|[ ]  Aufgrund der Empfehlung durch Vertrauenspersonen habe ich zur Hardtwaldklinik II ein besonderes Vertrauen entwickelt, welches meiner Überzeugung nach ein entscheidendes Erfolgskriterium für die Behandlung meiner Beschwerden darstellt. |
|[ ]  Weitere Gründe: |

Die oben genannten Gründe führen mich zu dem Entschluss, dass ich von einer Behandlung in der Hardtwaldklinik II hinsichtlich einer Besserung meines Gesundheitszustandes am meisten profitieren kann.

Wenn Sie trotz meiner dargelegten Gründe meinem gesetzlichen Anspruch auf mein Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen wollen oder können, so teilen Sie mir dies bitte mittels eines rechtsmittelfähigen Bescheides mit. Bitte legen Sie die meinem Wunsch entgegenstehenden medizinischen Gründe ausführlich dar (ggf. mittels ärztlichem Gutachten durch den MDK). Falls Mehrkosten in meiner Wunschklinik zur Ablehnung meines Wunsches führen sollten, so bitte ich Sie um eine ausführliche Begründung, warum diese Mehrkosten aus Ihrer Sicht als unverhältnismäßig hoch anzusehen sind.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift des Antragstellers