Absender

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

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

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

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

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

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

**Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen   
Rehabilitation: Wunsch- und Wahlrecht § 8 SGB IX**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte meinen Antrag auf eine stationäre medizinische Rehabilitation um den Wunsch ergänzen, in einer von mir ausgesuchten und für meine persönliche Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden.

Im § 8 SGB IX ist festgelegt, dass bei der Entscheidung über die Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation berechtigten Wünschen der Rehabilitandinnen und Rehabilitanden zu entsprechen ist. Danach habe ich auch einen Anspruch darauf, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtung durchführen zu lassen. Ich habe mich für die

**Klinik Am Osterbach, Abt. für Psychotherapeutische Medizin mit Psychotraumatologie, Am Osterbach 2, 32545 Bad Oeynhausen**

entschieden, weil für die Behandlung meiner Beschwerden folgende Merkmale der Klinik am Osterbach eine besondere Bedeutung haben:

**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.Ihre/Seine ausführliche Begründung ist als Anlage beigefügt. |  |  |
| Aufgrund des therapeutischen Konzeptes der Klinik kann während des Aufenthaltes nahtlos an meine derzeitige ambulante Psychotherapie angeknüpft werden. |  |  |
| Das vielfältige Behandlungskonzept bietet besondere Therapiemöglichkeiten bei meinen körperlichen und seelischen Beschwerden wie z. B. Achtsamkeitstraining, Aromatherapie, Gartentherapie, Qigong, Kunsttherapie im Gruppen- und Einzelsetting, methodenübergreifende Gruppentherapie (tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch), spezielles Behandlungsprogramm für posttraumatische Belastungsstörungen, medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation |  |  |
| Möglichkeit der Mitbehandlung im Stimm- und Sprachheilzentrum mit Tinnitusfachabteilung |  |  |
| Die psychosomatische Abteilung verfügt über ein hochwertiges Angebot von manualisierten Schulungen, das 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 Klinik am Osterbach in Wohnortnähe ist wegen meiner eingeschränkten Transportfähigkeit für mich wichtig. |  |  |
| Durch die Lage der Klinik am Osterbach in Wohnortnähe können meine eingeschränkt mobilen Angehörigen/Bezugspersonen mich regelmäßig besuchen und in die Therapie mit einbezogen werden. |  |  |
| Die Lage der Klinik am Osterbach ist von meinem Wohnort weit genug entfernt, dass ich meine Therapie unabhängig von meinem sonstigen sozialen Umfeld durchführen kann. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Wichtige persönliche und sonstige Gründe

|  |  |
| --- | --- |
| Auf Grund sehr guter Erfahrungen und dem entstandenen Vertrauensverhältnis bei meiner letzten Rehabilitationsmaßnahme, möchte ich auch die anstehende Rehabilitation in der Klinik am Osterbach durchführen, um den für mich bestmöglichen Rehaerfolg erzielen zu können. |  |
| Aufgrund der Empfehlung durch Vertrauenspersonen habe ich in die Klinik am Osterbach ein besonderes Vertrauen entwickelt, welches meiner Überzeugung nach ein entscheidendes Erfolgskriterium für die Behandlung meiner Beschwerden darstellt. |  |
|  |  |
|  |  |

Aus meiner Sicht ist in der Klinik am Osterbach die Verbesserung meines Gesundheitszustandes und die Erreichung meiner Rehabilitationsziele aus den vorgenannten Gründen am besten gewährleistet.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen oder aber nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte schriftlich in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides unter Angabe genauer, medizinischer Gründe (ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK), die den individuellen Sachverhalt betreffen, mit. Dabei bitte ich Sie sowohl um eine ausführliche Begründung Ihrer Entscheidung als auch – im Bedarfsfall – um eine detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens eventuelle, in der Wunschklinik verursachte, Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

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

Datum Unterschrift Antragsteller