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

**Wicker Klinik Bad Wildungen, Abt. Neurologie, Fürst- Friedrichstr. 2-4, 34537**

**Bad Wildungen**

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

**Medizinische Gründe**

|  |  |
| --- | --- |
| Meine/Mein (Haus-/Fach-) Ärztin/Arzt empfiehlt die Wicker Klinik, da das medizinische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet ist, um einen Behandlungserfolg zu erzielen. Seine ausführliche Begründung ist als Anlage beigefügt. |  |
| Die dort vorhandene, langjährige Erfahrung mit meinem neurologischen Krankheitsbild stützt sich auf ein einheitliches neuro-physiologisches Konzept der Klinik und bietet deshalb die optimale Voraussetzung für einen anhaltenden Behandlungserfolg |  |
| Es kann vor Ort auch eine internistische Mitbehandlung mit ernährungsmedizinischem sowie diabetologischem Schwerpunkt und/oder eine orthopädische Mitbehandlung erfolgen. |  |
| Die Klinik verfügt auch über eine für meine Beschwerden erforderliche neuro-psychologische Qualifikation zur Diagnostik und Therapie meiner Beschwerden. |  |
| Die Klinik verfügt über ein hochwertiges Angebot manualisierter Ernährungsschulungen mit einer modernen Übungsküche, die für mich von großer Wichtigkeit sind. |  |
| Das vollständig manualisiertes Schulungs- und Vortragsprogramm ist für mich ein Hinweis auf den hohen Stellenwert von Schulungen. |  |
| Die Zertifizierung der Klinik nach den Kriterien von DEGEMED und DIN ISO 9001 zeugen für mich von einem hohen Qualitätsbewusstsein. |  |
| Die Lage der Wicker-Klinik in Wohnortnähe ist wegen meiner eingeschränkten Transportfähigkeit für mich wichtig. |  |
| Durch die Lage der Wicker Klinik in Wohnortnähe können meine eingeschränkt mobilen Angehörigen/Bezugspersonen mich regelmäßig besuchen und dadurch den Rehabilitationsprozess aktiv unterstützen |  |
| Die Wicker Klinik bietet durch eine kompetente Sozialberatung mit gutem Kontakt zu Nachsorgedienstleistern (Hilfsmittelversorger, Pflegedienste etc.) eine optimale Voraussetzung, um meine häusliche Versorgung unterstützen. |  |

# Wichtige persönliche und sonstige Gründe

|  |  |
| --- | --- |
| Auf Grund des sehr guten Behandlungserfolgs und des entstandenen Vertrauensverhältnis bei meiner letzten Rehabilitationsmaßnahme, möchte ich auch die anstehende Rehabilitation in der Wicker-Klinik durchführen, um den für mich bestmöglichen Rehaerfolg zu erzielen. |  |
| Durch der Empfehlung einer Vertrauensperson habe ich in die Wicker-Klinik ein besonderes Vertrauen entwickelt, was meiner Überzeugung nach die entscheidende Voraussetzung darstellt für einen nachhaltigen Behandlungserfolg meiner Beschwerden. |  |
| Die dortige Ernährungsberatung und die gütegesicherte Speisenversorgung gemäß den Vorschriften der Gütegemeinschaft Diät und Vollkost e. V. (RAL Gütezeichen Diät und Vollkost „Kompetenz rund ums Essen“) bieten die Möglichkeit für eine anhaltend gesunde Ernährung |  |
|  |  |
|  |  |

Aus meiner Sicht ist in der Wicker Klinik zur Verbesserung meines Gesundheitszustandes und zur 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