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:

**Klinik Hoher Meißner**

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.

Ich betrachte die Klinik Hoher Meißner für die Behandlung meiner Beschwerden und meiner persönlichen Situation als besonders geeignet. Folgende Gründe hierzu möchte ich Ihnen aufführen:

**Medizinische Gründe**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Die Neurologische Abteilung der Klinik Hoher Meißner behandelt schwerpunktmäßig Neuromuskuläre Erkrankungen. Hierbei handelt es sich um eine Gruppe seltener Erkrankungen, zu denen Muskeldystrophien, spinale Muskelatrophien, die amyotrophe Lateralsklerose, hereditäre Neuropathien (HMSN), Myotonien, entzündliche Erkrankungen von Nerv und Muskeln sowie die Myasthenia gravis gehören. In Deutschland haben sich nur wenige Rehabilitations-Kliniken auf die Behandlung dieser Erkrankungen spezialisiert. Mit über 1200 Patienten, die pro Jahr mit diesen seltenen Erkrankungen in der Klinik Hoher Meißner behandelt werden, mehr als in jeder anderen Reha-Klinik in Deutschland, besteht hier eine besondere Expertise. Diese betrifft insbesondere die Ärzte, die Therapeuten und die Pflege.Aufgrund der Einschätzung meines mich behandelnden (Haus-/Fach-) Arztes ist das medizinische Konzept der Neurologischen Abteilung der Klinik Hoher Meißner in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten. |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

# 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 Hoher Meißner durchführen, um den für mich bestmöglichen Rehaerfolg erzielen zu können. |
|  | Aufgrund der Empfehlung durch Vertrauenspersonen habe ich in die Klinik Hoher Meißner ein besonderes Vertrauen entwickelt, welches meiner Überzeugung nach ein entscheidendes Erfolgskriterium für die Behandlung meiner Beschwerden darstellt. |

Die oben genannten Gründe führen mich zu dem Entschluss, dass ich von einer Behandlung in der der Klinik Hoher Meißner 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