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, Fürst-Friedrich-Straße 2-4, 34537 Bad Wildungen**

entschieden, weil für die Behandlung meiner Beschwerden folgende Merkmale der Wicker Klinik 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. spezielle Adipositasgruppen, spezielle nichtmedikamentöse Schmerztherapie, medizinisch beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR), Behandlung nach dem Therapiestandard Depression der DRV. |[ ]
| Es können eine erforderliche internistische fachärztliche Diagnostik und Therapie durchgeführt werden. |[ ]
| Die Klinik verfügt über einen für meine Beschwerden erforderlichen orthopädischen fachärztlichen Konsildienst. |[ ]
| Die Klinik verfügt über ein hochwertiges Angebot von manualisierten 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 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 in die Therapie mit einbezogen werden. |[ ]
| Die Lage der Wicker Klinik 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 Wicker Klinik durchführen, um den für mich bestmöglichen Rehaerfolg erzielen zu können. |[ ]
| Aufgrund der Empfehlung durch Vertrauenspersonen habe ich in die Wicker Klinik ein besonderes Vertrauen entwickelt, welches meiner Überzeugung nach ein entscheidendes Erfolgskriterium für die Behandlung meiner Beschwerden darstellt. |[ ]
| Ich lege großen Wert auf die gütegesicherte Speisenversorgung gemäß den Vorschriften der Gütegemeinschaft Diät und Vollkost e. V. (RAL Gütezeichen Diät und Vollkost „Kompetenz rund ums Essen“) |[ ]
|  |[ ]
|  |[ ]

Aus meiner Sicht ist in der Wicker Klinik 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