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 Stimm- und Sprachheilzentrum mit Tinnitusfachabteilung, am Osterbach 2, 32425 Bad Oeyenhausen**

entschieden, weil für die Behandlung meiner Beschwerden folgende Merkmale des Stimm- undSprachheilzentrums mit Tinnitusfachabteilung in der Klinik Am Osterbach eine besondere Bedeutung haben:

**Medizinische Gründe**

|  |
| --- |
| Aufgrund der Einschätzung meiner/meines mich behandelnden Fachärztin/Facharztes für HNO-Heilkunde – Fachärztin/Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie (Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen) ist das medizinische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten. Ihre/Seine ausführliche Begründung ist als Anlage beigefügt. |[ ]
| Eine für mich erforderliche hochfrequente und intensive logopädische Behandlung in Einzeltherapie ist im Stimm- und Sprachheilzentrum dieser Klinik gewährleistet.  |[ ]
| Die Möglichkeit des Austauschs mit anderen Betroffenen u.a. in einer zusätzlichen logopädischen Gruppentherapie ist im Stimm- und Sprachheilzentrum dieser Klinik gewährleistet.  |[ ]
| Die chefärztliche Leitung der Abteilung durch eine/einen Fachärztin/Facharzt für Phoniatrie und Päd-audiologie (Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen) ermöglicht eine differenzierte medizinische Überwachung meines Behandlungsverlaufs. |[ ]
| Das Stimm- und Sprachheilzentrum dieser Klinik kann eine medizinische Rehabilitation im Rahmen eines für mich besonders geeigneten Konzeptes zur Medizinisch beruflich orientierten Rehabilitation (MBOR) erbringen (MBOR-Programm für Rehabilitandinnen und Rehabilitanden mit Stimmstörungen in pädagogischen Berufen). |[ ]
| Die Zertifizierung der Klinik nach den Kriterien von DEGEMED und DIN ISO 9001 zeugen für mich von einem hohen Qualitätsbewusstsein. |[ ]
| Durch die Lage der Klinik Am Osterbach in Wohnortnähe können meine eingeschränkt mobilen Angehörigen/Bezugspersonen mich regelmäßig besuchen und dadurch den Rehabilitationsprozess aktiv unterstützen. |[ ]
| Für meine Tinnitusrehabilitation ist aufgrund einer zusätzlichen Hörschwäche/Schwin­del die Mitbetreuung und Diagnostik durch Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde besonders wichtig. Dies ist in der Tinnitusfachabteilung der Klinik Am Osterbach gewährleistet. |[ ]
|  |[ ]

# Wichtige persönliche und sonstige Gründe

|  |
| --- |
| Aufgrund sehr guter Erfahrungen und dem entstandenen Vertrauensverhältnis bei meiner letzten Rehabilitationsmaßnahme möchte ich auch die anstehende Rehabilitation erneut im Stimm- und Sprachheilzentrum mit Tinnitusfachabteilung in der Klinik Am Osterbach durchführen, um den für mich bestmöglichen Rehaerfolg erzielen zu können. |[ ]
| Aufgrund der Empfehlung durch Vertrauenspersonen (meinen behandelnden Arzt/ Freunde/Bekannte) habe ich zum Stimm- und Sprachheilzentrum mit Tinnitusfachabteilung der 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