

**Antragsteller:**

Vorname, Name -----

Straße, Hausnummer -----

PLZ, Wohnort -----

**Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):**

Name -----

Straße, Hausnr. oder Postfach -----

PLZ, Ort -----

**Antrag auf stationäre medizinische Rehabilitation: Ergänzung Wunschrecht**

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 individuelle Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden.

§ 9 SGB IX räumt allen Patientinnen und Patienten bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Wunschrecht ein. Danach habe ich auch das Recht, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtung durchführen zu lassen. Ich habe mich für die

**Dr. Becker Kiliani-Klinik, Schwarzallee10, 91438 Bad Windsheim**

entschieden, weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale der Dr. Becker Kiliani-Klinik eine besondere Bedeutung haben:

- Zertifizierte Qualitätsrehabilitation nach den Kriterien der DEGEMED und DIN ISO 9001:2008
- Wohnortnähe wg. eingeschränkter Transportfähigkeit
- Wohnortnähe wg. Besuchsbedürftigkeit durch eingeschränkt mobile Freunde/ Angehörige
- Gütegesicherte Speisenversorgung gemäß den Vorschriften der Gütegemeinschaft Diät und Vollkost e. V. (RAL Gütezeichen Diät und Vollkost „Kompetenz rund ums Essen“)

- Angebot von manualisierten Ernährungsschulungen
- Vollständig manualisiertes Schulungs- und Vortragsprogramm
- Multilinguale Behandlung möglich (Englisch, Polnisch, Russisch, Rumänisch, Französisch, Italienisch, Spanisch)
- Im Anschluss an die stationären Behandlung kann eine weitere ambulante Behandlung im PhysioGym Bad Windsheim erfolgen (Therapeuten sind bereits vertraut)
- MBOR (medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation): Die Leistung wird im Rahmen eines durch die Deutsche Rentenversicherung zugelassenen MBOR-Konzeptes erbracht (nicht alle Kliniken bieten MBOR-Leistungen, Stufen A und B: Basis und Kernleistungen, an)

**Indikationsspezifische Gründe: Neurologie**

- Orthopädischer fachärztlicher Konsildienst und Diagnostik (bei neurologischer Indikation) durch die orthopädische Fachabteilung der Dr. Becker Kiliani-Klinik
- Begleitende internistische fachärztliche Diagnostik und Therapie (durch die Dt. Gesellschaft für Multiple Sklerose (DMSG) anerkannt und zertifiziert)

**Indikationsspezifische Gründe: Orthopädie**

- Neurologischer fachärztlicher Konsildienst und Diagnostik (bei orthopädischer Indikation) durch die neurologische Fachabteilung der Dr. Becker Kiliani-Klinik
- Sonstiges .....

Aus meiner Sicht ist in der Dr. Becker Kiliani-Klinik die Verbesserung meines Gesundheitszustandes 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 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 Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

-----  
Datum

-----  
Unterschrift Antragsteller