

Antragsteller:

Vorname, Name -----

Straße, Hausnummer -----

PLZ, Wohnort -----

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):

Name -----

Straße, Hausnr. oder Postfach -----

PLZ, Ort -----

Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: *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 Klinik Juliana, Mollenkotten 195, 42279 Wuppertal

entschieden, weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale der Dr. Becker Klinik Juliana 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“)

- 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)
- Angebot von manualisierten Ernährungsschulungen
- Vollständig manualisiertes Schulungs- und Vortragsprogramm
- Homogene Therapiegruppen bzgl. sozialem Hintergrund und Störungsbild
- Mitnahmemöglichkeit meines Begleithundes / Therapiehundes
- Sonstiges

Aus meiner Sicht ist in der Dr. Becker Klinik Juliana 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