

Empfänger / Kostenträger:

**Ergänzung zu meinem Antrag auf Durchführung einer stationäre medizinischen Rehabilitation:  
Wunschrecht § 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 individuelle Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden.

§ 8 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 das

**Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen, Am Freibad 5, 49152 Bad Essen**

entschieden, weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale des Dr. Becker Neurozentrums Niedersachsen (NZN) eine besondere Bedeutung haben:

**Medizinische Gründe:**

- Das NZN bietet zertifizierte Qualitätsrehabilitation nach den Kriterien der DEGEMED (Auditleitfaden 6.0) und DIN ISO 9001: 2015
- Das medizinische Konzept des NZN ist in meinem konkreten Fall geeignet, einen Behandlungserfolg zu gewährleisten
- Ich möchte aufgrund meiner Multimorbidität eine Rehabilitation im NZN antreten, da neben neurologischer, internistische, diabetologische und geriatrische fachärztliche Expertise vorgehalten wird“ ändert sich in „Ich möchte aufgrund meiner Multimorbidität eine Rehabilitation im NZN antreten, da neben neurologischer und internistischer fachärztlicher Expertise auch ein diabetologisches und sozialmedizinisches Angebot vorgehalten wird
- Das NZN bietet mit dem Vector Gait & Safety System™ einen robot-gestützten Gangtrainer, der mich als aktives System in meiner Gangrehabilitation unterstützt, sodass ich unter Gewichtsentlastung und Sturzsicherung an meiner Leistungsgrenze trainieren kann. Das Gerät trägt auch zur allgemeinen Sturzprophylaxe bei. Im Besondern möchte ich durch diese Therapie eine Verbesserung meiner Mobilität und Gangsicherheit erreichen, um meinem Therapieziel, ein möglichst unabhängiges Leben zu führen, näher zu kommen

- Das NZN bietet spezifische Therapien, wie das dreidimensionale funktionelle Schulter-Arm-Training am Armeo-Spring und das Gehtraining unter Teilentlastung am Gehtrainer GT 1, die für meinen Rehabilitationserfolg entscheidend sein können
- MBOR (medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation): Die Leistung wird im Rahmen eines durch die Deutsche Rentenversicherung anerkannten MBOR-Konzeptes erbracht
- Die Lage des NZN in Wohnortnähe ist wegen meiner eingeschränkten Transportfähigkeit für mich wichtig
- Durch die Lage des NZN in Wohnortnähe können meine eingeschränkt mobilen Angehörigen/Bezugspersonen mich regelmäßig besuchen und sozial wie psychisch unterstützen
- Durch die Lage des NZN in Wohnortnähe können meine Angehörigen und Bezugspersonen den Rehabilitationsprozess regelmäßig aktiv unterstützen

**Wichtige persönliche Gründe**

- Durch die Lage des NZN in Wortortnähe sehe ich erhebliche Vorteile in der Einleitung meiner Nachsorge durch den Kliniksozialdienst und dessen Kontakte zu regionalen Nachsorgedienstleistern (Hilfsmittelversorger, Pflegedienste etc.)
- Auf Grund sehr guter Erfahrungen und dem entstandenen Vertrauensverhältnis bei meiner letzten Rehabilitationsmaßnahme, möchte ich auch die anstehende Rehabilitation in der oben genannten Klinik durchführen, um den für mich besten möglichen Rehabilitationserfolg erzielen zu können
- Ich möchte aufgrund der multilingualen Behandlungsmöglichkeiten ( Englisch,  Russisch,  Serbisch,  Polnisch) im NZN rehabilitiert werden
- Sonstige Gründe

Aus meiner Sicht ist im Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen 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/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 meinen Sachverhalt betreffen. 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