

Antragsteller:

Empfänger / Kostenträger:

**Antrag auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation:
Hier: Ausübung meines Wunsch- und Wahlrechts gemäß § 8 SGB IX**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte bei der Beantragung einer stationären medizinischen Rehabilitation von meinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen.

Nach § 8 SGB IX habe ich das Recht, eine medizinische Reha-Maßnahme in einer von mir vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtung durchführen zu lassen, die für meine individuelle Situation geeignet ist. Ich habe mich für das

Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen (NZN), Am Freibad 5, 49152 Bad Essen

entschieden. Hierfür führe ich die folgenden Gründe an:

1. Meine persönliche Lebenssituation:

- Aufgrund sehr guter Erfahrungen und dem entstandenen Vertrauensverhältnis bei meiner letzten Rehabilitationsmaßnahme, möchte ich auch die anstehende Rehabilitation im NZN durchführen, um den für mich bestmöglichen Rehabilitationserfolg erzielen zu können. ☐
- Das NZN bietet eine frische Küche mit selbst zubereiteten, regionalen Speisen, angelehnt an die Empfehlungen der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). ☐
- 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 den Rehabilitationsprozess dadurch aktiv unterstützen. ☐
- Das NZN bietet mit dem Vector Gait & Safety SystemTM® 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, das gezielte Handrehabilitationstraining mit dem Therapiehandschuh Raphael Smart Glove und das Gehtraining unter Teilentlastung am Gehtrainer GT 1, die für meinen Rehabilitationserfolg entscheidend sein können. ☐
- Ich möchte aufgrund der multilingualen Behandlungsmöglichkeiten (☐ Englisch, ☐ Russisch, ☐ Serbisch, ☐ Polnisch) im NZN rehabilitiert werden ☐
- Sonstige Gründe: ☐

2. Persönliche Lebenssituation: Alter

- Aufgrund meines Alters bin ich eingeschränkt transportfähig. Die wohnortnahe Lage des NZN ist für mich wichtig. ☐
- Meine Angehörigen/meine Bezugspersonen sind eingeschränkt mobil. Durch die wohnortnahe Lage des NZN können sie mich regelmäßig besuchen und dadurch den Rehabilitationsprozess aktiv unterstützen. ☐
- Sonstige Gründe: ☐

3. Persönliche Lebenssituation: Geschlecht

- Im NZN werde ich garantiert in einem Einzelzimmer untergebracht. ☐
- Sonstige Gründe: ☐

4. Persönliche Lebenssituation: Familie

- Meine Angehörigen/meine Bezugspersonen sind eingeschränkt mobil. Durch die wohnortnahe Lage des NZN können sie mich regelmäßig besuchen und dadurch den Rehabilitationsprozess aktiv unterstützen. ☐
- Sonstige Gründe: ☐

5. Persönliche Lebenssituation: Religiöse oder weltanschauliche Bedürfnisse

- Im NZN kann ich seelsorgerisch betreut werden. ☐
- Sonstige Gründe: ☐

Aus meiner Sicht ist das Dr. Becker Neurozentrum Niedersachsen am besten dafür geeignet, meinen Gesundheitszustand zu verbessern und meine Rehabilitationsziele aus den vorgenannten Gründen zu gewährleisten.

Sollten Sie meinem gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen oder aber nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte in Form eines schriftlichen rechtsmittelfähigen Bescheides mit, unter Angabe genauer medizinischer Gründe (ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK), die den individuellen Sachverhalt betreffen. Dabei bitte ich Sie sowohl um eine ausführliche Begründung Ihrer Entscheidung als auch – im Bedarfsfall – um eine detaillierte Begründung.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift Antragsteller