

Antragsteller:

Empfänger / Kostenträger:

Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation in der für meinen Einzelfall medizinisch am besten geeigneten Einrichtung

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit teile ich Ihnen mit, welche medizinische Rehabilitationsklinik für meinen Einzelfall die medizinisch am besten geeignete Einrichtung ist. Es handelt sich hierbei um die

Dr. Becker Brunnen-Klinik, Blomberger Straße 9, 32805 Horn-Bad Meinberg,

weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale der Dr. Becker Brunnen-Klinik den medizinischen Erfordernissen meines Einzelfalles entsprechen:

Medizinische Gründe:

- Die Dr. Becker Brunnen-Klinik bietet anerkannte Qualitätsrehabilitation nach den Kriterien der DEGEMED und DIN ISO 9001:2015. ☐
- MBOR (medizinisch-beruflich orientierte Reha): Die Reha-Maßnahme wird im Rahmen eines MBOR-Konzeptes erbracht, das durch die Deutsche Rentenversicherung anerkannt ist. ☐
- Das Angebot der Klinik beinhaltet standardisierte Ernährungsschulungen und ein vollständig manualisiertes Schulungs- und Vortragsprogramm ☐
- Ich bin eingeschränkt transportfähig. Die wohnortnahe Lage der Dr. Becker Brunnen-Klinik ist für mich wichtig. ☐
- Meine Angehörigen/meine Bezugspersonen sind eingeschränkt mobil. Durch die wohnortnahe Lage der Dr. Becker Brunnen-Klinik können sie mich regelmäßig besuchen und dadurch den Rehabilitationsprozess aktiv unterstützen. ☐
- Die Klinik bietet mir besondere Therapieangebote (wie z. B. Theatertherapie, therapeutisches Bogenschießen und die Dr. Becker Lebensplanung) ☐
- Ich bin Mitarbeiter/in im Bankwesen/in der Versicherungsbranche und möchte am ergänzenden, modular aufgebauten Baustein „Spezialprogramm für Mitarbeiter der Banken- und Versicherungsbranche“ bei psychosomatischer Rehabilitation (berufsgruppenspezifisches Programm) partizipieren ☐
- Die Klinik bietet mir eine psychosomatische Reha, um meine psychischen Beschwerden, die ich durch LongCovid entwickelt habe, zu überwinden und gleichzeitig psychisch belastbarer und leistungsfähiger zu werden. ☐

Zusätzliche medizinische Gründe aufgrund chronischer Erkrankung/Behinderung oder altersbedingter Einschränkungen:

- Eine stationäre Rehabilitation verspricht einen größeren Heilungserfolg als eine ambulante Rehabilitation. Die ganztägig sichergestellte Betreuung, ohne zusätzliche Belastungen einer täglichen An- und Abreise, fördert meinen Genesungsprozess. ☐
- Durch die stationäre, auf mein Krankheitsbild ausgerichtete (indikationsspezifische) Rehabilitation besteht die Chance, eine Pflegebedürftigkeit zu verhindern oder zu verringern. ☐
- Die intensivere Form der Rehabilitation (indikationsspezifisch, ganzheitlich) verspricht einen größeren Heilungserfolg als eine weniger spezifische geriatrische Reha-Maßnahme. ☐
- Sonstige Gründe: ☐

Wichtige Gründe in Bezug auf meine persönliche Lebenssituation:

- Aufgrund sehr guter Erfahrungen und dem entstandenen Vertrauensverhältnis bei meiner letzten Rehabilitationsmaßnahme, möchte ich auch die anstehende Rehabilitation in der Brunnen-Klinik durchführen, um den für mich bestmöglichen Rehaerfolg erzielen zu können ☐
- Die Dr. Becker Brunnen-Klinik bietet eine frische Küche mit selbst zubereiteten, regionalen Speisen, angelehnt an die Empfehlungen der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung). ☐
- Die Klinik bietet mir die Möglichkeit, meinen Hund zum Reha-Aufenthalt mitzubringen. ☐
- Die Klinik bietet homogene Therapiegruppen bzgl. sozialem Hintergrund und Störungsbild ☐
- Ich möchte aufgrund der multilingualen Behandlungsmöglichkeiten
(☐ Englisch, ☐ Französisch, ☐ Luxemburgisch, ☐ Niederländisch, ☐ Arabisch, ☐ Türkisch,
☐ Aserbaidshanisch, ☐ Russisch) in der Dr. Becker Brunnen-Klinik rehabilitiert werden ☐
- Sonstige Gründe: ☐

Aus meiner Sicht ist in der Dr. Becker Brunnen-Klinik die Verbesserung meines Gesundheitszustandes und die Erreichung meiner Rehabilitationsziele aus den vorgenannten Gründen am besten gewährleistet.

Sollten Sie meiner Klinikwahl 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