

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 die

Dr. Becker Burg-Klinik, Stadtlengsfeld, Am Burgplatz 19, 36466 Dermbach

entschieden. Hierfür führe ich die folgenden Gründe an:

1. Meine persönliche Lebenssituation:

- Aufgrund sehr guter Erfahrungen und dem entstandenen Vertrauensverhältnis bei meiner letzten Reha-Maßnahme, möchte ich auch die anstehende Rehabilitation in der Dr. Becker Burg-Klinik durchführen, um den für mich bestmöglichen Reha-Erfolg erzielen zu können. ☐
- Die Dr. Becker Burg-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 Möglichkeit der Begleitung und Unterbringung von nicht volljährigen Kindern und das daraus resultierende Behandlungsprogramm. ☐
- Das Angebot der Klinik beinhaltet standardisierte Ernährungsschulungen. ☐
- Ich bin eingeschränkt transportfähig. Die wohnortnahe Lage der Dr. Becker Burg-Klinik ist für mich wichtig. ☐
- Meine Angehörigen/meine Bezugspersonen sind eingeschränkt mobil. Durch die wohnortnahe Lage der Dr. Becker Burg-Klinik können sie mich regelmäßig besuchen und dadurch den Rehabilitationsprozess aktiv unterstützen. ☐
- Multimodales Behandlungskonzept bietet besondere Therapiemöglichkeiten bei meinen körperlichen und seelischen Beschwerden wie z. B. Therapiegruppe für junge Erwachsene, Tanztherapie, Achtsamkeitstraining, Therapeutisches Bogenschießen, Meditation, Qigong, methodenübergreifende Gesprächsgruppen (analytisch, tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch), Behandlungsprogramm für posttraumatische Belastungsstörungen ☐

- Manualisierte und evaluierte Schulungen, z. B. für die Bereiche: Depression, Angst, Arbeitswelt, Schmerz, Tinnitus, Psychose, Stress. ☐
- Ich bin davon überzeugt, dass „das Wesentliche“ (vgl. Homepage Videoaufnahme) nur in der Dr. Becker Burg-Klinik für mich entdeckbar ist. ☐
- Sonstige Gründe: ☐

2. Persönliche Lebenssituation: Alter

- Aufgrund meines Alters bin ich eingeschränkt transportfähig. Die wohnortnahe Lage der Dr. Becker Burg-Klinik ist für mich wichtig. ☐
- Meine Angehörigen/meine Bezugspersonen sind eingeschränkt mobil. Durch die wohnortnahe Lage der Dr. Becker Burg-Klinik können sie mich regelmäßig besuchen und dadurch den Rehabilitationsprozess aktiv unterstützen. ☐
- Die Dr. Becker Burg-Klinik bietet Therapiegruppen speziell für junge Erwachsene. ☐
- Sonstige Gründe: ☐

3. Persönliche Lebenssituation: Geschlecht

- In der Dr. Becker Burg-Klinik werde ich garantiert in einem Einzelzimmer untergebracht. ☐
- Sonstige Gründe: ☐

4. Persönliche Lebenssituation: Familie

- Meine Angehörigen/meine Bezugspersonen sind eingeschränkt mobil. Durch die wohnortnahe Lage der Dr. Becker Burg-Klinik können sie mich regelmäßig besuchen und dadurch den Rehabilitationsprozess aktiv unterstützen. ☐
- Die Möglichkeit der Begleitung und Unterbringung von nicht volljährigen Kindern und das daraus resultierende Behandlungsprogramm. ☐
- Sonstige Gründe: ☐

5. Persönliche Lebenssituation: Religiöse oder weltanschauliche Bedürfnisse

- Eine diverse, tolerante Gesellschaft ist ein Wert, den die Dr. Becker Burg-Klinik teilt. In diesem Sinne sind in dieser Klinik alle religiösen und/oder weltanschaulichen Rituale gestattet, die das deutsche Gesetz erlaubt. ☐
- Sonstige Gründe: ☐

Aus meiner Sicht ist in der Dr. Becker Burg-Klinik 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