

Antragsteller:

Vorname, Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Ergänzung meines Antrages auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: Wunsch- und Wahlrecht

Sehr geehrte Damen und Herren,

ergänzend zu meinem Antrag auf die Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation habe ich den Wunsch, in einer von mir ausgewählten und für meine persönliche Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden. Gemäß § 9 SGB IX und § 33 SGB I haben Versicherte bei der Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ein Wahlrecht.

Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

Name der Klinik _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Aus folgenden Gründen bin ich der Überzeugung, dass in dieser Rehabilitationsklinik die Erreichung meiner Reha-Ziele und somit die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am besten gewährleistet ist:

- Nach Einschätzung meines mich behandelnden (Haus-/Fach-)Arztes ist das medizinische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten. **Seine ausführliche Begründung ist als Anlage beigefügt.**
- Das interdisziplinäre Behandlungskonzept der Klinik ermöglicht auch die Behandlung von Nebenerkrankungen verschiedener Fachrichtungen.
- Wohnortnähe aufgrund eingeschränkter Transportfähigkeit / eingeschränkt mobiler Angehörige/Freunde
- Begleitbedürftigkeit und Möglichkeit der Unterbringung von Begleitpersonen in oben genannter Klinik

- Positive Vorerfahrungen mit oben genannter Rehabilitationsklinik
- Positive Krankheitsbeeinflussung durch das örtliche Klima
- Geringe Wartezeiten, die zur schnellen Erzielung von Behandlungserfolgen beitragen
- Sonstiges _____

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht oder nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte schriftlich mit (rechtsmittelfähiger Bescheid unter Angabe genauer, medizinischer Gründe wie ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK). Sofern Kostenerwägungen für die Ablehnung ausschlaggebend sein sollten, bitte ich auch hier um eine detaillierte Begründung.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift des Antragsstellers