

Antragsteller:

Vorname, Name -----

Straße, Hausnummer -----

PLZ, Wohnort -----

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):

Name -----

Straße, Hausnr. oder Postfach -----

PLZ, Ort -----

Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: *Wunschrecht*

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zusammenhang mit meinem Antrag auf die Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation habe ich den Wunsch, in einer von mir ausgesuchten und für meine individuelle Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden.

§ 9 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 die

Dr. Becker Kiliani-Klinik, Schwarzallee10, 91438 Bad Windsheim

entschieden, weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale der Dr. Becker Kiliani-Klinik eine besondere Bedeutung haben:

- Zertifizierte Qualitätsrehabilitation nach den Kriterien der DEGEMED und DIN ISO 9001:2008

- Neurologischer fachärztlicher Konsildienst und Diagnostik (bei orthopädischer Indikation) durch die neurologische Fachabteilung der Dr. Becker Kiliani-Klinik
- Orthopädischer fachärztlicher Konsildienst und Diagnostik (bei neurologischer Indikation) durch die orthopädische Fachabteilung der Dr. Becker Kiliani-Klinik
- Begleitende internistische fachärztliche Diagnostik und Therapie
- Wohnortnähe wg. eingeschränkter Transportfähigkeit
- Wohnortnähe wg. Besuchsbedürftigkeit durch eingeschränkt mobile Freunde/ Angehörige
- Gütegesicherte Speisenversorgung gemäß den Vorschriften der Gütegemeinschaft Diät und Vollkost e. V. (RAL Gütezeichen Diät und Vollkost „Kompetenz rund ums Essen“)
- Angebot von manualisierten Ernährungsschulungen
- Zertifiziertes Behandlungszentrum für Multiple Sklerose (durch die Dt. Gesellschaft für Multiple Sklerose (DMSG) anerkannt und zertifiziert)
- Solehallenbad (25 m-Becken, 2 % Sole-Gehalt)
- Vollständig manualisiertes Schulungs- und Vortragsprogramm
- Sonstiges

Aus meiner Sicht ist in der Dr. Becker Kiliani-Klinik die Verbesserung meines Gesundheitszustandes 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 in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides unter Angabe genauer, medizinischer Gründe (ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK), den individuellen Sachverhalt betreffend mit. Um eine ausführliche Begründung der tragenden Erwägungen Ihrer Entscheidung bitte ich genau so, wie, im Bedarfsfall, um detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens eventuelle Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift Antragsteller