

**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 Klinik Möhnesee, Schnappweg 2, 59519 Möhnesee**

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

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

- Zertifizierte Qualitätsrehabilitation nach den Kriterien der DGPR (Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V.)
- Abklärung/ Behandlung im Zentrum für Psychokardiologie der Dr. Becker Klinik Mönesees (institutionalisierte Zusammenarbeit der Psychosomatischen und Kardiologischen Fachabteilung)
- Manualisierte und evaluierte Schulung
  - für Herzinsuffizienzerkrankte und -gefährdete
  - für INR Patienten
  - bei Herzklappenersatz
  - für Diabeteserkrankte und -gefährdete
  - Ernährungsschulung
- Abklärung / Behandlung einer Hypertonie (Bluthochdruck) durch Hypertensiologen (DHL<sup>®</sup>)/ Hypertonieassistenten (DHL<sup>®</sup>)
- Ergänzendes, modular aufgebautes Baustein GIGS bei psychosomatischer Rehabilitation (berufsspezifisches Programm u.a. für Personen in Gesundheits- und Sozialberufen)
- 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“)
- Multilinguale Behandlung (Englisch, Spanisch, Russisch)
- Sonstiges .....

Aus meiner Sicht ist in der Dr. Becker Klinik Mönesees 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