

**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 Norddeich, Badestraße 15, 26506 Norden**

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

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



- Abklärung einer Osteoporose mit Hilfe moderner diagnostischer Verfahren gemäß aktuellem medizinischen Standard (DEXA-Methode)
- Behandlung einer Osteoporose (bei orthopädischer Indikation)
- Multimodale Schmerztherapie einschließlich Akupunkturverfahren
- Begleitende internistische fachärztliche Diagnostik und Therapie
- Abklärung / Behandlung von Begleiterkrankungen
  - in der orthopädischen Fachabteilung
  - in der psychosomatischen Fachabteilung
- Begleitende internistische fachärztliche Diagnostik und Therapie
- Inanspruchnahme der Eltern-Kind-Schulungsprogramme im Rahmen der pädiatrischen Rehabilitation
- Wohnortnähe wg. eingeschränkter Transportfähigkeit
- Wohnortnähe wg. Besuchsbedürftigkeit durch eingeschränkt mobile Freunde/ Angehörige
- Hohes Lebensalter
- Gütegesicherte Speisenversorgung gemäß den Vorschriften der Gütegemeinschaft Diät und Vollkost e. V. (RAL Gütezeichen Diät und Vollkost „Kompetenz richtig Essen“)
- Angebot von manualisierten Ernährungsschulungen
- Vollständig manualisiertes Schulungs- und Vortragsprogramm
- Sonstiges .....

Aus meiner Sicht ist in der Dr. Becker Klinik Norddeich 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