

Antragsteller:

Vorname, Name:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Wohnort:

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):

Name:

Straße, Hausnummer oder Postfach:

PLZ, Ort:

Antrag auf stationäre medizinische Rehabilitation: Ergänzung Wunschrecht

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte meinen Antrag auf eine stationäre medizinische Rehabilitation um den Wunsch ergänzen, 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 Rhein-Sieg-Klinik · Höhenstraße 30 · 51588 Nümbrecht

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

- Zertifizierte Qualitätsrehabilitation nach den Kriterien der DEGEMED und DIN ISO 9001:2008
- 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
- Mitnahme meines Begleithundes/Therapiehundes

Indikationsspezifische Gründe: Neurologie

- Behandlung im Rahmen einer nach DIN ISO 9001:2008 zertifizierten neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (sog. Phase B)
- Weaningbehandlung (Entwöhnung vom Beatmungsgerät) im Rahmen einer nach DIN ISO 9001:2008 zertifizierten neurologisch-neuro-chirurgischen Frührehabilitation (sog. Phase B)
- Orthopädischer fachärztlicher Konsildienst und Diagnostik (bei neurologischer Indikation) durch die orthopädische Fachabteilung der Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik
- Begleitende internistische fachärztliche Diagnostik und Therapie
- Rheumatologische Diagnostik und Therapie
- Spezifische rehabilitative Therapie des Parkinsonsyndroms mit BIG-geschulten TherapeutInnen und in LSVT-zertifizierten LogopädInnen. Betreuung von DBS-therapierten Patient/Innen durch spezifisch geschulte Ärzte
- Spezifisches Training für ParkinsonpatientInnen mit Vibrationsplattform (Galileo) und speziellem Beinbewegungstraining sowie Laufband mit möglicher Gewichtsentlastung
- Behandlung der spastischen Parese durch geschultes multidisziplinäres Team mit Casting und Botulinumtoxin. Behandler sind zertifiziert durch den Arbeitskreis Botulinumtoxin

Indikationsspezifische Gründe: Orthopädie

- Abklärung einer Osteoporose in einem zertifizierten Osteoporosezentrum nach den Kriterien des DVO (Dachverband Osteologie) (bei orthopädischer Indikation)
- Behandlung einer Osteoporose in einem zertifizierten Osteoporosezentrum nach den Kriterien des DVO (Dachverband Osteologie) (bei orthopädischer Indikation)
- Manualisierte und evaluierte Schulung für Osteoporoseerkrankte- und gefährdete (Nümbrechter Osteoporoseschule) (bei orthop. Indikation)
- Neurologischer fachärztlicher Konsildienst und Diagnostik (bei orthopädischer Indikation) durch die neurologische Fachabteilung der Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik
- Spezielle Schmerztherapie inkl. Akupunktur, sowie bildwandlerkontrollierten wirbelsäulennahen Infiltrationen
- Sonstiges

Aus meiner Sicht ist in der Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik die Verbesserung meines Gesundheitszustandes aus den vorgenannten Gründen am Besten gewährleistet.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen oder aber 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), die den individuellen Sachverhalt betreffen, mit. Dabei bitte ich Sie sowohl um eine ausführliche Begründung Ihrer Entscheidung als auch – im Bedarfsfall – um eine detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens eventuelle Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

.....
Datum

.....
Unterschrift Antragsteller