

Abs. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

An die  
DAK Gesundheit  
Nagelsweg 27-31

20097 Hamburg

Per Fax an: 040 8662519 7060

und per Fax an: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_  
**Leistungen zur medizinischen Rehabilitation**  
**hier: Mehrkostenübernahmeverlangen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich nehme Bezug auf die von Ihnen vorgelegte Mehrkostenübernahmeerklärung für die Bewilligung meiner Wunschklinik.

Die Erklärung wurde von mir unterzeichnet, was Sie jedoch nicht von der Pflicht entbindet, **zuerst** die medizinische Begründung für meinen Klinikwunsch sowie wichtige persönliche Lebensumstände gem. § 9 SGB IX zu prüfen und **durch Bescheid zu entscheiden**. Bei dem Bescheid bitte ich zu berücksichtigen, dass ich auch bei Angabe einer Wunschklinik nach § 40 Abs. 2 SGB V **Anspruch auf eine Kostenübernahme** (nicht nur Kostenerstattung) habe.

- Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass meine Wunschklinik, die \_\_\_\_\_, **medizinisch besser geeignet** ist, als die von Ihnen vorgeschlagene, weil:
- sie folgende, für den Erfolg der Maßnahme notwendige Therapiemöglichkeit bietet: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- sie über einen früheren Aufnahmetermin, nämlich bereits am \_\_\_\_\_, verfügt. Ein zeitnaher Antritt der Maßnahme ist aus medizinischer Sicht dringend notwendig.
- sie näher am Wohnort bzw. am Ort der Akutbehandlung gelegen ist. Zu berücksichtigen sind meine vorhandenen Bewegungseinschränkungen und die damit verbundene eingeschränkte Transportfähigkeit.

Sollten Sie anderer Auffassung sein, bitte ich ausdrücklich darum, im Rahmen des Amtsermittlungsgrundsatzes die entsprechenden fachärztlichen Auskünfte einzuholen.

Zudem dürfen Versicherten gemäß § 40 Abs. 2 SGB V keine Mehrkosten auferlegt werden, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX angemessen sind.

- Unter Berücksichtigung meines hohen Lebensalters, verbunden mit der körperlichen und psychischen Belastung stellt der Wunsch nach einer Einrichtung in Wohnortnähe einen wichtigen persönlichen Lebensumstand dar, der maßgeblichen Einfluss auf den Therapieerfolg hat.
- Im Hinblick auf meine besondere Situation als Elternteil \_\_\_\_ Kindes/Kinder im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren stellt der Wunsch nach einer Einrichtung in Wohnortnähe einen wichtigen persönlichen Lebensumstand dar, der maßgeblichen Einfluss auf den Therapieerfolg hat.
- Die Möglichkeit der für mich gewohnten veganen Ernährung stellt einen wichtigen Lebensumstand dar und ist Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche stationäre Therapie. Ohne diese Möglichkeit fehlt mir eine entscheidende Grundlage, den mehrwöchigen Klinikaufenthalt zu bewältigen. In der von Ihnen genannten Klinik \_\_\_\_\_ gibt es kein solches Verpflegungsangebot.
- Die von mir gewünschte Klinik \_\_\_\_\_ befindet sich in diakonischer Trägerschaft und berücksichtigt christliche Werte in ihrem Behandlungskonzept, die Klinik \_\_\_\_\_ hingegen nicht. Um mich auf eine mehrwöchige stationäre Therapie einlassen zu können, benötige ich dringend eine Einrichtung, in der meine persönlichen Glaubensaspekte Berücksichtigung finden.
- Sonstige Begründung:

---



---



---



---

Bei einer Ablehnung meines Antrages insgesamt oder in Teilen beantrage ich schon jetzt **Akteneinsicht**.

Für Ihre Erledigung habe ich mir wegen der Eilbedürftigkeit zwei Tage ab dem Datum dieses Schreibens vorgemerkt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/Versicherter