

Wunsch und Wahlrecht

Antragsteller:

Name, Vorname _____

Straße _____

Postleitzahl, Wohnort _____

An den Antragsempfänger (Kostenträger)

Name _____

Straße oder Postfach _____

Postleitzahl, Ort _____

Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: Patienten Wunsch – und Wahlrecht nach § 9 SGB IX

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich habe den Wunsch, im Rahmen der von mir beantragten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme, eine von mir ausgesuchte Rehabilitationsklinik aufzusuchen, die für meine individuelle Situation geeignet ist.

Gemäß §9 SGB IX und §33 SGB I haben Versicherte bei der Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme ein Wahlrecht. Ich möchte von meinem Recht Gebrauch machen, die medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst vorgeschlagenen Rehabilitationsklinik durchzuführen. Insbesondere auch in Anbetracht der für meine Situation relevanten Indikationen habe ich mich daher für die

**Klinik Dr. Baumstark
Viktoriaweg 18
61350 Bad Homburg**

entschieden, weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale dieser Rehabilitationsklinik besondere Bedeutung haben:

- Aufgrund der Einschätzung meines mich behandelnden (Haus- / Fach-) Arztes ist das medizinische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chance auf einen Behandlungserfolg zu gewährleisten.
- **Seine ausführliche Begründung ist als Anlage angefügt**
- Wohnortsnähe wegen eingeschränkter Transportfähigkeit
- Wohnortsnähe wegen Besuchsbedürftigkeit durch eingeschränkt mobile Angehörige/ Freunde
- Ich bin Patient beim Chefarzt Dr. Münker
- Ich habe bereits vergangene stationäre Rehabilitationen/ Anschlußheilbehandlungen in der Klinik Dr. Baumstark absolviert
- Sonstiges _____

Meiner Ansicht nach ist es aus obengenanntem Grund/ genannten Gründen in der Klinik Dr. Baumstark die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am Besten möglich.

Die Klinik Dr. Baumstark erfüllt zudem folgende Kriterien, die für die Behandlung meines Krankheitsbildes eine besondere Bedeutung haben:

- ✓ Zertifizierte Rehabilitationsklinik nach den Kriterien der DIN ISO 9001:2008
- ✓ Teilnahme der Klinik am Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Retenversicherung

Sollten Sie meinen mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen/ nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheids unter Angabe genauer, medizinischer Gründe (ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK) mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller