

Antragsteller

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger)

Name: _____

Straße, Hausnummer oder Postfach: _____

PLZ, Ort: _____

Ergänzung meines Auftrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: *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

Malbergklinik, Römerstraße 44-46, 56130 Bad Ems

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

- Wohnortnähe wg. Eingeschränkter Transportfähigkeit
- Wohnortnähe wg. Besuchsbedürftigkeit durch eingeschränkt mobile Freunde/Angehörige
- Die Multimorbidität, die Erfordernis der Zusammenarbeit der vorhandenen Fachabteilungen
- Die diabetologische Mitbetreuung in der Klinik durch einen Diabetologen
- Das indikationsübergreifende Therapiekonzept und Angebot
- Meine bisherigen Erfahrungen in der Klinik und die damit einher gehende Akzeptanz
- Das Gesamtheitliche medizinische Konzept der Malbergklinik
- Die Möglichkeit der nach bereitenden ambulanten Heilbehandlung falls nötig

- Angebot von manualisierten Ernährungsschulungen
- Vollständig manualisiertes Schulungs- und Vortragsprogramm
- Multilinguale Behandlung möglich
- Homogene Therapiegruppen bzgl. sozialem Hintergrund und Störungsbild
- Sonstiges: _____

Aus meiner Sicht ist in der Malbergklinik die Verbesserung meines Gesundheitszustandes aus den vorgenannten Gründen am besten gewährleistet.

Sollten sie meinem mir gesetzliche 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 mit Ihrer Entscheidung als auch – im Bedarfsfall _ um eine detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens eventuelle Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift Antragsteller