

Antragsteller

Vorname Name _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

An den Antragsempfänger (Leistungsträger)

Name _____

Straße oder Postfach _____

PLZ, Ort _____

Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: Wahlrecht

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

entschieden, weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale dieser Rehaklinik eine 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 beigefügt.**



- Psychologischer fachärztlicher Konsildienst und Diagnostik (bei orthopädischer/internistischer Einweisungsindikation) durch die psychosomatische Fachabteilung am Hause
- Orthopädischer fachärztlicher Konsildienst und Diagnostik (bei psychosomatischer/ internistischer Einweisungsindikation) durch die orthopädische Fachabteilung am Hause
- internistisch fachärztlicher Konsildienst und Diagnostik (bei psychosomatischer/orthopädischer Einweisungsindikation) durch die internistische Fachabteilung am Hause
- Wohnortnähe wg. eingeschränkter Transportfähigkeit
- Wohnortnähe wg. Besuchsbedürftigkeit durch eingeschränkt mobile Angehörige / Freunde
- Sonstiges _____

Meiner Ansicht nach ist aus oben genanntem Grund /genannten Gründen in/im _____ die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am Besten möglich.

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) mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller