

**Antragsteller:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

**Leistungs-/Kostenträger der Rehabilitationsmaßnahme:**

Name: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation:  
*Wunschrecht Klinik***

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. Römer Kliniken, Altburger Weg 2, 75365 Calw-Hirsau**

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

- Zertifizierte Qualitätsrehabilitation nach den Kriterien der DIN ISO 9001:2008 und nach §20 2a SGB IX ○
- Wohnortnähe wg. eingeschränkter Transportfähigkeit ○
- Wohnortnähe wg. Besuchsbedürftigkeit durch eingeschränkt mobile Freunde/ Angehörige ○
- Angebot von manualisierten Ernährungsschulungen ○
- Mitnahmemöglichkeit meines Begleithundes ○

Weil für meine gesundheitlichen Beeinträchtigungen (im Vordergrund stehende funktionelle Defizite im Sinne der ICF) die folgenden Therapiebestandteile der Dr. Römer Kliniken wichtig sind (auch im Sinne des Einzelfallmerkmals):

- das multimodale Behandlungskonzept bei meinen körperlichen und seelischen Beschwerden spez. Möglichkeiten bietet, über die Kombination hinaus soll besonders genannt werden: Achtsamkeitstraining, Meditation, Tai-Chi, Qigong, methodenübergreifende Gesprächsgruppen (analytisch, tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch) O
- Manualisierte und evaluierte Schulungen, z. B. für die Bereiche: Depression, Angst, Arbeitswelt, Schmerz, Tinnitus, Stress u.a. O
- Wiederholungsheilverfahren / gute Vorerfahrungen mit den Dr. Römer Kliniken bestehen O
- Sonstiges: ..... O

Aus meiner Sicht ist in den Dr. Römer Kliniken 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