

ANTRAG WUNSCHKLINIK

Antragsteller (Patient):

Vorname, Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefonnummer _____

Versicherungsnummer _____

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):

Name _____

Straße oder Postfach _____

PLZ, Wohnort _____

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 **§ 8 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

entschieden, weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale der

eine besondere Bedeutung haben:

ANTRAG WUNSCHKLINIK

- 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 psychosomatischer Einweisungsindikation) durch die orthopädische Fachabteilung am Hause.
- Wohnortnähe wg. eingeschränkter Transportfähigkeit
- Wohnortnähe wg. Besuchsbedürftigkeit durch Eingeschränkt mobile Angehörige / Freunde
- Sonstiges _____

Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: Wahlrecht

Meiner Ansicht nach ist aus oben genannten Grund / genannten Gründen in der

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 Guachten; ggf. durch den MDK) mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller