

Antragssteller

Empfänger / Kostenträger

Antrag Wunsch- und Wahlrecht

Sehr geehrte Damen und Herren,

meinen Antrag auf eine stationäre medizinische Rehabilitation möchte ich um den Wunsch, in einer von mir ausgesuchten und für meine individuelle Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden, ergänzen.

Nach §8 SGB IX haben alle Patientinnen und Patienten bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Wunschrecht. Demnach habe auch ich das Recht, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst ausgewählten Rehabilitationseinrichtung durchführen zu lassen. Ich habe mich für das **SRH Gesundheitszentrum Waldbronn, Gisela-und-Hans-Ruland-Straße 1, 76337 Waldbronn entschieden**, da die Klinik aus folgenden Gründen für meine Rehabilitation geeignet ist.

Medizinische Gründe

Zertifizierte Klinik nach DIN EN ISO 9001:2015 und QMS Reha MBOR (Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation)

Die Lage des SRH Gesundheitszentrums ist in Wohnortnähe und somit wegen meiner eingeschränkten Transportfähigkeit bestens für mich geeignet.

Aufgrund der wohnortnahen Lage können mich meine mobil eingeschränkten Angehörigen regelmäßig besuchen und den Rehabilitationsprozess positiv unterstützen.

Wichtige persönliche Gründe

Ich war bereits in dieser Klinik und möchte die anstehende Rehabilitationsmaßnahme aufgrund der sehr guten Erfahrung

Speiseversorgung nach den Empfehlungen der DGE (Deutsche Gesellschaft für Ernährung)

Lehrküche

Sonstige Gründe:

Aus meiner Sicht trägt das SRH Gesundheitszentrum Waldbronn erheblich zu einem positiven Rehabilitationsergebnis bei.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen / nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte schriftlich in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides unter Angabe genauer medizinischer Gründe (ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK), die meinen Sachverhalt betreffen, mit. Dabei hatte ich Sie sowohl um eine ausführliche Begründung Ihrer Entscheidung als auch – im Bedarfsfall – um eine detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens eventuelle, in der Wunschklinik verursachte, Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift Antragsteller