

## **Antragsteller**

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

\_\_\_\_\_  
Straße

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

## **An den Antragsempfänger (Leistungsträger)**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Straße oder Postfach

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

---

## **Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts**

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 die

### **ACURA RULAND KLINIKEN**

**Fachklinik Waldbronn  
Gisela-und-Hans-Ruland-Straße 1  
76337 Waldbronn**

entschieden, weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale der ACURA RULAND KLINIKEN Fachklinik Waldbronn eine besondere Bedeutung haben:

- Zertifizierte Qualitätsrehabilitation nach den Kriterien der DIN ISO 9001:2008
- Teilnahme der Klinik am Qualitätssicherungsverfahren der Deutschen Rentenversicherung

- Nach Einschätzung meines mich behandelnden (Haus-/Fach-)Arztes ist das medizinische Konzept der Klinik in meinem Fall besonders geeignet, um die Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung zu gewährleisten.
  - Neurologischer fachärztlicher Konsildienst und Diagnostik durch die neurologische Fachabteilung
  - Orthopädischer fachärztlicher Konsildienst und Diagnostik durch die orthopädische Fachabteilung
  - Psychologischer Konsildienst und Diagnostik durch die psychologische Fachabteilung
  - Begleitende internistische und fachärztliche Diagnostik und Therapie
  - Wohnortnähe wegen eingeschränkter Transportfähigkeit
  - Wohnortnähe wegen Besuchsbedürftigkeit durch eingeschränkt mobile Angehörige/Freunde
  - Angebot von Ernährungsschulungen
  - 2 Therapieschwimmbekken, davon eines mit Hebelifter
  - Umfassendes Schulungs- und Vortragsprogramm
  - Die vorbereitende und vorgesehene nachbereitende ambulante Heilbehandlung meiner Erkrankung erfordert eine Einweisung in die ACURA RULAND KLINIKEN Waldklinik Dobel, weil ansonsten das medizinische Gesamtkonzept (ambulant und stationär) leiden würde
  - Sonstiges:
- 

Aus meiner Sicht ist in der Fachklinik Waldbronn der ACURA RULAND KLINIKEN die Verbesserung meines Gesundheitszustandes aus den vorgenannten Gründen am besten gewährleistet.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen bzw. 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