

Antragsteller

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Kostenträger der Maßnahme (Antragsempfänger)

Name: _____

Straße, Hausnr. oder Postfach: _____

PLZ Ort: _____

Ergänzung des Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zusammenhang mit meinem Antrag auf die Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation habe ich den Wunsch, 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 Wunsch- und Wahlrecht ein. Danach habe ich auch das Recht, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtung durchführen zu lassen. Ich habe mich für das

Kneipp-Sanatorium Bad Clevers Klinik für Naturheilverfahren

entschieden, weil aus meiner Sicht in dieser Rehabilitationsklinik die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am Besten gewährleistet ist. Die therapeutische, medizinische und pflegerische Behandlung findet nach höchsten und regelmäßig überprüften Qualitätsstandards statt. So nimmt die Klinik selbstverständlich an allen geforderten Maßnahmen zur internen (DIN EN ISO 9001:2008 zertifiziertes QM-System gemäß den Anforderungen der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V.) und externen Qualitätssicherung (QS-Reha-Verfahren der GKV) teil.

Die Klinik hat mit allen gesetzlichen Krankenkassen einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V abgeschlossen und wird sowohl bei Vorsorge- und Rehamaßnahmen nach §§ 23 und 40 SGB V belegt. Zur Info teile ich Ihnen ergänzend mit: Auch hinsichtlich meiner spezifischen Wünsche in Bezug auf Lage, Ausstattung, Größe, usw. entspricht die Klinik meinen Vorstellungen. Wie mir aktuell mitgeteilt wurde, könnte mir zudem zu einem für mich optimal passenden Termin ein Kurplatz zur Verfügung gestellt werden! Zusammengefasst sehe ich daher keine sachlichen Gründe, welche einer Durchführung der Maßnahme in der genannten Klinik entgegenstehen.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen / nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir bitte in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides unter Angabe genauer, medizinischer Gründe (ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK), den individuellen Sachverhalt betreffend mit. Um eine ausführliche Begründung der tragenden Erwägungen Ihrer Entscheidung bitte ich genau so, wie, im Bedarfsfall, um detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens eventuelle Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift