

Antragsteller:

Vorname, Name _____

Straße, Hausnr. _____

PLZ Wohnort _____

Antragsempfänger

(Leistungsträger der Rehabil.) _____

Ergänzung zu meinem Antrag auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation (Entwöhnungsbehandlung): Wunsch- und Wahlrecht

Sehr geehrte Damen und Herren,

It. § 9 SGB IX wird mir als Patient das Recht eingeräumt, eine medizinische Rehabilitation in einer von mir gewünschten Klinik durchzuführen. In Ergänzung zu meinem Antrag auf Bewilligung einer stationären medizinischen Rehabilitation möchte ich deshalb den Wunsch äußern, in der

**Paracelsus-Wiehengebirgsklinik
Kokenrottstraße 71
49152 Bad Essen**

behandelt zu werden. Diese Klinik bietet mit folgenden spezifischen Merkmalen gute Voraussetzungen für die erfolgreiche Behandlung meines Krankheitsbildes:

Zertifizierte Qualitätsrehabilitation nach den Kriterien
Der DEGEMED und DIN ISO 9001:2008

Integration tiefenpsychologisch, systemischer und
verhaltenstherapeutischer Therapierichtungen

Behandlung psychischer Begleiterkrankungen wie
Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen

Integrierte sucht- und orthopädische
Rehabilitation (ISOR)

Besondere Therapie für ältere u. chronisch mehrfach erkrankte
Patienten

Traumatherapie

Frauengruppe (als Bezugsgruppe)

Schmerzgruppe

Besonderes Angebot für Medikamentenabhängigkeit

Umfassende physiotherapeutische Maßnahmen

Rückfallbehandlung (bei Therapiewiederholern)

Rückfallcurriculum

Ernährungsberatung

Breites Angebot an Indikativgruppen wie:

- Training sozialer Kompetenzen
- Umgang mit Depressionen
- Umgang mit chronischen Schmerzen
- Nichtrauchertraining
- Kochgruppe
- Bewegungsbad
- Bewerbertraining
- Atem u. Körperwahrnehmung
- Entspannungsverfahren (Autogenes Training
progressive Muskelrelaxation, Qi Gong)
- Nordic Walking
- PC-Kurse

Mitnahme von Begleithunden möglich

Paartherapie

Interne und externe Praktika

Aus meiner Sicht ist die Wiederherstellung meiner Erwerbsfähigkeit und meines Gesundheitszustandes aus den o.g. Gründen in der Paracelsus-Wiehengebirgsklinik am besten gewährleistet.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen, teilen Sie mir dieses bitte in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides unter Angabe genauer medizinischer bzw. anderer Gründe mit.

Mit freundlichen Grüßen

Datum und Unterschrift Antragsteller