Antragsteller:

Vorname, Name _____

Strasse, Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Antragsempfänger
(Leistungsträger der Rehabilitation):

Name der Institution _____

Strasse, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

laut § 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 ISI 9001:2015 ☐

Interdisziplinärer, ganzheitlicher Therapieansatz ☐

Behandlung von psychischen Begleiterkrankungen (wie z.B. Depressionen, Angsterkrankungen oder Essstörungen) ☐

Integrierte suchtmedizinische und orthopädische Rehabilitation (ISOR) ☐

Spezifisches Therapieangebot „Sicherheit finden“ ☐

Spezifisches Therapieangebot „Stützen & Fördern“ ☐

Rückfallbehandlung (Therapie-Wiederholer) ☐

Paartherapie, Paar- und Familiengespräche ☐

Rückfallcurriculum ☐

Therapieangebot „Depressionen besser bewältigen“ ☐

Training sozialer Kompetenzen ☐

Erlernen von Entspannungsverfahren (Jacobsen, autogenes Training, Tai Chi) ☐

Ernährungsspezifische Therapieangebote z.B. Ernährungsberatung oder Lehrküche ☐

Physiotherapeutische Behandlungen ☐

Berufsbezogene Therapieangebote (z.B. Berufscoaching) ☐

Raucherentwöhnung ☐

Therapieplätze für Patienten mit Begleithunden ☐

Aus meiner Sicht ist die Wiederherstellung meiner Erwerbsfähigkeit und meines Gesundheitszustandes aus vorgenannten 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