

## Antragsteller:

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

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

## Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer  
oder Postfach \_\_\_\_\_

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

## **Ergänzung meines Antrages auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: Wunschrecht**

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 onkologischen Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden.

§ 8 SGB IX räumt allen Patientinnen und Patienten bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Wunschrecht ein. Danach habe ich auch das Recht, eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme in einer von mir selbst vorgeschlagenen Rehabilitationseinrichtung durchführen zu lassen.

Ich habe mich für die

**Paracelsus Klinik am Schillergarten**  
**Martin-Andersen-Nexö-Str. 10**  
**08645 Bad Elster**

entschieden, weil für die Behandlung meines Krankheitsbildes folgende Merkmale der Paracelsus Klinik am Schillergarten eine besondere Bedeutung haben  
(Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Optimale medizinische fachliche Weiterversorgung in der Rehabilitationsklinik zur Verbesserung meines Gesundheitszustandes nach Krebserkrankung,
- Spezialisiert auf die Akut- und Anschlussrehabilitation nach Krebstherapie (v. a. bei Brustkrebs, gynäkologischen Tumoren und Tumoren der Verdauungsorgane)
- Zertifizierte Qualitätsrehabilitation nach Kriterien der DEGEMED und DIN EN ISO 9001:2015
- Psychoökologischer Schwerpunkt zur Unterstützung und Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung nach Krebs
- Ein sehr hoher, dokumentierter Rehabilitationserfolg sowie eine hohe Patientenzufriedenheit in der Paracelsus-Klinik Am Schillergarten (Patientenbefragung der Deutschen Rentenversicherung)
- Spezialisierte Rehakonzepte, z. B. zur Gewichtsnormalisierung bei therapiebedingten Ernährungsstörungen und bauchoperierte Patienten
- Möglichkeit der multimodalen Behandlung von chronischen Schmerzen
- Vollständig manualisiertes Schulungs- und Vortragsprogramm
- Unterstützung bei der beruflichen Re-Integration (MBOR)

Aus meiner Sicht ist in der Paracelsus Klinik am Schillergarten die Verbesserung meines Gesundheitszustandes aus den vorgenannten Gründen am Besten gewährleistet.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen / 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), den individuellen Sachverhalt betreffend, mit.

Um eine ausführliche Begründung der tragenden Erwägungen Ihrer Entscheidung bitte ich genauso, wie, im Bedarfsfall, um detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens eventuelle Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

---

Datum

---

Unterschrift Antragsteller