

**Antragstellende Person:**

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

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

**Leistungsträger der Rehabilitation (Rentenversicherung, Krankenversicherung):**

Name: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

**Ergänzung meines Antrags auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation:  
Wunsch- und Wahlrecht**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte meinen Antrag auf eine stationäre medizinische Rehabilitation um den Wunsch ergänzen, in einer von mir ausgesuchten und für meine individuelle Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden.

§ 8 SGB IX räumt allen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden 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 entschieden für die

**Eleonoren-Klinik  
Am Kaiserturm 6  
64678 Lindenfels-Winterkasten**

In dieser ganzheitlich ausgerichteten Einrichtung ist eine Verbesserung meines Gesundheitszustandes aus meiner Sicht am besten gewährleistet.

Folgende Merkmale der Eleonoren-Klinik haben des Weiteren eine besondere Bedeutung für die Behandlung meines Krankheitsbildes:

Zertifizierte Qualitätsrehabilitation nach den Kriterien des QMS REHA 3.1

Medizinische Trainingstherapie (Kraftraum), hochmoderne Trainingsgeräte in der Ergometrie

Gleichzeitige Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates und der Inneren Medizin durch Fachärzte

In der Klinik wird eine speziell auf mein Krankheitsbild zugeschnittene individuelle Therapie angeboten

Speisenversorgung Diät und Vollkost („Kompetenz rund ums Essen“)

Angebot von manualisierten Ernährungsschulungen

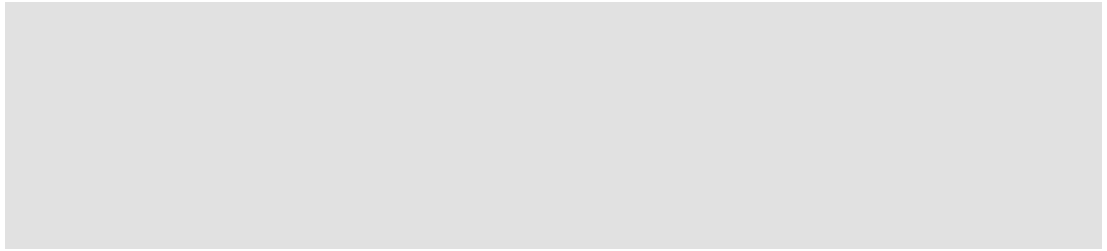
Die behandelnde Akutklinik befindet sich in der Nähe der Einrichtung

Die Einrichtung befindet sich in der Nähe des Wohnorts

Ich war bereits in der Klinik und habe gute Erfahrungen gemacht

Barrierefreiheit im und um das Gebäude der Klinik

Andere Gründe



Aus meiner Sicht ist in der Eleonoren-Klinik die Verbesserung meines Gesundheitszustandes aus den vorgenannten Gründen am besten gewährleistet.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen oder aber nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte in Form eines rechtsmittelfähigen Bescheides unter Angabe genauer, medizinischer Gründe (wie etwa ärztliches Gutachten), die den individuellen Sachverhalt betreffen, mit. Dabei bitte ich Sie sowohl um eine ausführliche Begründung Ihrer Entscheidung als auch - im Bedarfsfall - um eine detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens eventuelle Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift antragstellende Person