

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Anschrift

**An den Antragsempfänger (Leistungsträger)**

\_\_\_\_\_  
Name Ihrer Kranken-/Renten-, Unfall- oder Beihilfeversicherung

**Antrag auf Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts gem. § 8 SGB IX, § 33 SGB I**

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen der beantragten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme möchte ich von meinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen. Für meine persönliche Situation am besten geeignet ist aus untenstehenden Gründen die

**Gräfliche Kliniken GmbH & Co. KG, Standort \_\_\_\_\_**

- Die Klinik ist mir aus vorigen, erfolgreichen Reha-Maßnahme(n) bekannt. Ich habe ein Vertrauensverhältnis aufbauen können, was ich für die anstehende Maßnahme nutzen möchte, um das bestmögliche Ergebnis zu erzielen.
- In der Klinik finden fundierte Schulungen meine Indikation statt
- Die Klinik bietet spezielle Konzepte für PTBS und eine Post-Corona-Behandlung an
- Die Therapien in der Klinik richten sich nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen und sind besonders für meine Diagnose geeignet. Es werden besondere Therapien angeboten wie die balneo-physikalische Therapie, das Bewegungsbad, die kreative Ergo- und Kunsttherapie. Die Einbindung der Natur bei der Gartentherapie oder beim Waldbaden ist für meine Genesung essentiell.
- Die Klinik bietet eine digitale Reha-Nachsorge mit vor-Ort-Einweisung und -Nutzung an.
- Es besteht ein Angebot an Nachsorge mit IRENA und PsyRena
- Über die Anwendungen hinaus besteht ein umfangreiches Angebot an Entspannungs- und Aktivmöglichkeiten. Die Lage der Klinik ermöglicht es, zur Ruhe zu kommen.
- Die Klinik ist bekannt für eine ausgezeichnete Ernährungsberatung mit individuell zugeschnittenen Kursen und Seminaren inklusive Lehrküche, Einkaufstraining etc.
- Die Speiserversorgung in der Klinik ist konform mit den Empfehlungen der DGE. Sie richtet sich nach dem Tierwohl, ist fleischarm und frei von Zusatzstoffen
- Die Klinik ist von meinem Wohnort gut erreichbar. Dies ist wichtig, da ich eingeschränkt transportfähig bin.
- Meine Angehörigen sind eingeschränkt mobil. Aufgrund der Wohnortnähe haben sie in der gewählten Klinik die Möglichkeit, mich regelmäßig zu besuchen. Das ist für meinen persönlichen Rehabilitationserfolg wichtig
- Die Klinik liegt in ausreichender Entfernung zu meinem Heimatort. Das ist für meinen persönlichen Reha-Erfolg wichtig.
- Die Klinik ist Bestandteil einer Klinikgruppe mit 3 Häusern an Standort Bad Driburg, so dass interdisziplinäre Behandlungen möglich sind.

Ich gehe davon aus, dass eine Besserung meines Gesundheitszustandes in der gewählten Einrichtung besonders gewährleistet ist. Sollten Sie dem mir zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht oder nur eingeschränkt stattgeben, teilen Sie mir dies bitte unter Angabe der ausführlichen medizinischen Gründe inkl. ärztlichem Gutachten mit.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift