

Antragsteller:

Vorname, Name : _____

Geb.-Datum: _____

wohnhaft: _____

Antragsempfänger (Leistungsträger/Kostenträger der Rehabilitation):

Name: _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Wunsch- und Wahlrecht gem. § 9 SGB IX

Ergänzung zu meinem Antrag auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation

Sehr geehrte Damen und Herren,

ergänzend zu meinem Antrag auf Bewilligung einer stationären medizinischen Rehabilitation möchte ich den Wunsch äußern, in den

**Fachkliniken St. Marien - St. Vitus GmbH
Fachklinik St. Marienstift
Dammer Strasse 4a
49434 Neuenkirchen**

behandelt zu werden.

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

- Zertifizierte Qualitätsrehabilitation nach den Kriterien der deQus und DIN ISO 9001:2015
- Mitbehandlung von psychischen Begleiterkrankungen (Trauma, Depressionen, Schlafstörungen etc.)
- Mitbehandlung von Ess-Störungen
- Mitbehandlung von pathologischem Spiel
- Rückfallbehandlung (Therapiewiederholung) und oder Rückfallprophylaxe
- Therapie nach dem BORA- Konzept (beruflich orientierte Reha für Abhängigkeitserkrankungen)
- Genderspezifische Behandlung

Aus meiner Sicht sehe ich die Wiederherstellung meiner Gesundheit sowie Wiederherstellung meiner Erwerbsfähigkeit u. a. aus vorgenannten Gründen in o.a. Rehabilitationseinrichtung gegeben und bitte um Kostenübernahme.

Mit freundlichen Grüßen

Datum und Unterschrift Antragsteller