Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Versicherungsnummer _____

An den Leistungsträger

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Ort, Datum _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ergänzend zu meinem Antrag auf die Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation mache ich gemäß § 8 SGB IX von meinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch.

Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

Gesundheitszentrum Germering Betriebs GmbH
Streiflacherstraße 10
82110 Germering

Die von mir ausgewählte Rehabilitationseinrichtung bietet für die Behandlung meiner Erkrankung das passende spezifische Behandlungsspektrum an. Ich bin mir sicher, dass mich diese Rehabilitationsklinik hinsichtlich der Erreichung meiner Reha-Ziele am besten unterstützen kann.

Die nachfolgenden Merkmale sind für die Auswahl der Rehabilitationsklinik für mich ausschlaggebend:

Orthopädisches Behandlungsangebot:

- ☐ Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäulen und Gelenke (z. B. Gonarthrose, Coxarthrose, Ostechondrose)
- ☐ Behandlung wirbelsäulenbedingter Schmerzsymptome
- ☐ konservative Behandlung von Bandscheibenvorfällen
- ☐ Nachbehandlung von Operationen an der Wirbelsäule
- ☐ Nachbehandlung von Gelenkoperationen, gelenkerhaltend
- ☐ Nachbehandlung von gelenkersetzenden Operationen (z. B. Hüft-, Knie- und Schulterendoprothesen)
- ☐ Behandlung von Unfall- und Verletzungsfolgen am Bewegungsapparat

- ☐ Behandlung von Stoffwechselkrankheiten des Skelettsystems,
  (z. B. Osteoporose,. Rheumotoide Arthritis)
- ☐ Nachbehandlung nach sporttraumatologischen Operationen
- ☐ Konservative Behandlung von Sportverletzungen und Sportschäden

Therapeutisches Spektrum:

- ☐ Krankengymnastik in Einzel- und Gruppentherapie, insbesondere als
  Krankengymnastik im Bewegungsbad
- ☐ spezielle Therapieformen
  (z. B. manuelle Therapie, Lymphdrainage)
- ☐ gerätegestütztes individualisiertes Muskeltraining
- ☐ Vielfalt an physikalischen Therapieformen
  (z. B. Elektrotherapie, Hydrotherapie, Massagen)
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Ernährungsberatung
  (Einzel- und Gruppenberatungen durch Diätassistenten)
- ☐ psychologische Betreuung
  (Einzelberatungen, Entspannungs- sowie Trainingsverfahren, Stressbewältigung etc.)
- ☐ Soziale Betreuung
  (Koordinierung von Hilfemaßnahmen, Beratung und Aufklärung über sozial- und
  arbeitsrechtliche Grundlagen)

Ich bitte Sie, gemäß § 8 SGB IX meinem Wunsch entsprechend nachzukommen. Sollten Sie den mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen, bitte ich um eine schriftliche Begründung Ihrer Entscheidung.

Freundliche Grüße

Datum Unterschrift