

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

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ; Wohnort \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

**An den Leistungsträger**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

**Ergänzung meines Antrages auf medizinische Vorsorge: Wunsch- und Wahlrecht hier:  
Zuweisung zur**

**Johannesbad Adaption Dortmund  
Hacheneyer Straße 180, 44625 Dortmund**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte von meinem Wunsch- und Wahlrecht Gebrauch machen und Sie bitten, meinem Wunsch nach Behandlung in der

**Johannesbad Adaption Dortmund, Hacheneyer Straße 180, 44625 Dortmund**

zu entsprechen, da die genannte Klinik zur Behandlung meiner Erkrankung das passende Behandlungsangebot vorhält.

Die folgenden Merkmale der Johannesbad Adaption Dortmund haben für mich eine besondere Bedeutung:

**Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Punkte an.**

**Besondere Therapieangebote:**

- Angebote für die Behandlung einer Alkoholabhängigkeit
- Angebote für die Behandlung einer Drogenabhängigkeit (alle Substanzen)
- Angebote für die Behandlung einer Mehrfachabhängigkeit
- Angebote für die Behandlung eines begleitenden pathologischem Glücksspielverhalten

- Angebote für die Behandlung begleitender zusätzlicher psychischer und/oder körperlicher Erkrankungen, die keine stationäre fachspezifische Behandlung erfordern
- Abgestimmte arbeits- und berufsbezogene Trainings
- spezielle Arbeitserprobungsmöglichkeiten durch die Kooperation mit dem BfW Dortmund und Unternehmen in der Umgebung
- umfassende Betreuung durch das Sozialdienstteam

**Spezielle Leistungen/Ausstattung:**

- Einzelzimmer mit Balkon
- Gruppenkochkurse
- Kursangebote und Fitnessraumnutzung zur Verbesserung der körperlichen Fitness im BfW Dortmund
- Musikraumnutzung im BfW Dortmund
- Naturnähe durch direkte Nachbarschaft zum Rombergpark in Dortmund
- Breites Freizeitangebot in der Region

**Persönliche Gründe:**

- Ich war bereits Rehabilitand:in der Einrichtung und möchte die Therapie dort fortführen
- Wohnortnähe (z.B. Kontaktpflege zu den Kindern)
- Wohnortferne (z.B. Abstand vom sozialen und beruflichen Umfeld)

**Sonstige Gründe:**

---



---



---



---

Die Einrichtung ist zertifiziert nach **DEGEMED, DIN EN ISO 9001:2015 TÜV Hessen**, nimmt Teil am Qualitätssicherungsprogramm der Deutschen Rentenversicherung und wird federführend durch die DRV Westfalen belegt.

Ich bin davon überzeugt, dass ich mit Hilfe des Therapieangebots der Johannesbad Adaption Dortmund meine Ziele am besten erreichen und zur Verbesserung meiner beruflichen und gesundheitlichen Situation beitragen kann.

Ich bitte Sie daher freundlich, meinem Wunsch- und Wahlrecht aufgrund der oben angekreuzten Kriterien entsprechend nachzukommen.

Sollten Sie meinem Wunsch nicht entsprechen, bitte ich um eine ausführliche Begründung Ihrer Entscheidung.

Freundliche Grüße

---

Datum

---

Unterschrift