

**Antrag auf Auswahl einer geeigneten Rehabilitationseinrichtung gem. dem  
Wahlrecht nach §8, SGB IX**

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

An den Leistungsträger  
Name \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_  
Ort, Datum: \_\_\_\_\_

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

**Johannesbad Fachklinik Saarschleife  
Fachklinik für Psychosomatisch Medizin und Psychotherapie, für  
Orthopädie und für Neurologie  
Cloefstr. 1a in 66693 Mettlach-Orscholz**

Sehr geehrte Damen und Herren,

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

**Johannesbad Fachklinik Saarschleife  
Cloefstr. 1a in 66693 Mettlach-Orscholz**

zu entsprechen, weil die Fachklinik Saarschleife für die Behandlung meiner Erkrankung das passende spezifische Behandlungsangebot bietet.

Die nachfolgenden Merkmale der Fachklinik Saarschleife haben für mich eine besondere Bedeutung (bitte die entsprechenden Merkmale ankreuzen):

**Fachbereich Orthopädie:**

- Rehabilitation bei Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen
- Anschlussheilbehandlungen (z.B. nach Operationen oder Unfall)
- Behandlung chronisch degenerativer und entzündlicher Erkrankungen des Bewegungsapparates
- Medizinisch, beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR Stufe B) für DRV-Versicherte mit besonderen beruflichen Problemlagen

**Fachbereich Psychosomatik:**

- Affektive Störungen wie Depressionen, chronische Erschöpfungssyndrome oder Burnout
- Psychische Beschwerden bei Lebenskrisen und bei schweren körperlichen Erkrankungen
- Chronische Schmerzen, Fibromyalgie und somatoforme Störungen
- Angst- und Panikstörungen, Zwangsstörungen und Persönlichkeitsstörungen

**Fachbereich Neurologie:**

- Schlaganfall
- Schädel-Hirn-Verletzungen
- Multiple Sklerose
- Hirntumor
- M. Parkinson
- Entzündungen des Nervensystems
- Muskelerkrankungen

**Weitere Besonderheiten bestehend aus:**

- Begleitpersonen können aufgenommen werden
  - Durchführung ganztägig ambulanter Rehabilitation
  - Ich war bereits in der Johannesbad Fachklinik Saarschleife und möchte die bereits begonnene Therapie fortführen.
  - Wohnortnähe (z. Bsp.: Versorgung von Angehörigen nach den Therapiezeiten)
  - Wohnortferne (z. Bsp.: Abstand vom sozialen und beruflichen Umfeld)
  - vielfältige Möglichkeiten zu einer intensiven ergänzenden Freizeitgestaltung
  - Sonstiges:
-

---

---

---

Die Klinik ist zertifiziert nach der **DIN EN ISO 9001:2015** und der **Deutschen Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V. (DEGEMED)**. Ebenso nehmen wir am externen Qualitätssicherungsprogramm der medizinischen Rehabilitation – QS Reha teil.

Ich bin davon überzeugt, dass ich mit den Angeboten der orthopädischen, neurologischen und psychosomatischen Fachklinik Saarschleife meine Ziele am besten erreichen und so zur Verbesserung meiner gesundheitlichen und beruflichen Situation beitragen kann.

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.

Mit freundlichen Grüßen

---

Datum

---

Unterschrift