

Abs. _____

An die Krankenkasse

Datum: _____

Versicherungsnummer: _____
Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
hier: Mehrkostenübernahmeverlangen

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich nehme Bezug auf die von Ihnen vorgelegte Mehrkostenübernahmeerklärung für die Bewilligung meiner Wunschklinik.

Die Erklärung wurde von mir unterzeichnet, was Sie jedoch nicht von der Pflicht entbindet, **zuerst** die medizinische Begründung für meinen Klinikwunsch sowie wichtige persönliche Lebensumstände gem. § 9 SGB IX zu prüfen und **durch Bescheid zu entscheiden**.

- Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass meine Wunschklinik, die _____, **medizinisch besser geeignet** ist, als die von Ihnen vorgeschlagene, weil:
- sie folgende, für den Erfolg der Maßnahme notwendige Therapiemöglichkeit bietet: _____

- sie über einen früheren Aufnahmetermin, nämlich bereits am _____, verfügt. Ein zeitnaher Antritt der Maßnahme ist aus medizinischer Sicht dringend notwendig.
- sie näher am Wohnort bzw. am Ort der Akutbehandlung gelegen ist. Zu berücksichtigen sind meine vorhandenen Bewegungseinschränkungen und die damit verbundene eingeschränkte Transportfähigkeit.

Sollten Sie anderer Auffassung sein, bitte ich ausdrücklich darum, im Rahmen des Amtsermittlungsgrundsatzes die entsprechenden fachärztlichen Auskünfte einzuholen.

Zudem dürfen Versicherten gemäß § 40 Abs. 2 SGB V keine Mehrkosten auferlegt werden, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX angemessen sind.

Unter Berücksichtigung meines hohen Lebensalters, verbunden mit der körperlichen und psychischen Belastung stellt der Wunsch nach einer Einrichtung in Wohnortnähe einen wichtigen persönlichen Lebensumstand dar, der maßgeblichen Einfluss auf den Therapieerfolg hat.

Im Hinblick auf meine besondere Situation als Elternteil _____ Kindes/Kinder im Alter von _____ Jahren stellt der Wunsch nach einer Einrichtung in Wohnortnähe einen wichtigen persönlichen Lebensumstand dar, der maßgeblichen Einfluss auf den Therapieerfolg hat.

Die Möglichkeit der für mich gewohnten veganen Ernährung stellt einen wichtigen Lebensumstand dar und ist Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche stationäre Therapie. Ohne diese Möglichkeit fehlt mir eine entscheidende Grundlage, den mehrwöchigen Klinikaufenthalt zu bewältigen. In der von Ihnen genannten Klinik _____ gibt es kein solches Verpflegungsangebot.

Die von mir gewünschte Klinik _____ befindet sich in diakonischer Trägerschaft und berücksichtigt christliche Werte in ihrem Behandlungskonzept, die Klinik _____ hingegen nicht. Um mich auf eine mehrwöchige stationäre Therapie einlassen zu können, benötige ich dringend eine Einrichtung, in der meine persönlichen Glaubensaspekte Berücksichtigung finden.

Sonstige Begründung:

Unterschrift Patient/Versicherter