

Gesundcamp Kirchhundem GmbH | Josef-Gockeln-Str. 21 | 57399 Kirchhundem

An die GKV-Krankenkassen

Ihr Zeichen/Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen

Telefon/Name

Datum

02764 2153 – 54 /53 Tigges/Richartz

**Gesundheitscamp Kirchhundem:
Neue § 30 Klinik zur Behandlung von Adipositas bei Kindern und Jugendlichen
Aufnahme Ihrer gesetzlich krankenversicherten Patienten**

Sehr geehrte Damen und Herren,

das Gesundheitscamp Kirchhundem ist eine neue stationäre Rehaklinik (gesundheitscamp-kirchhundem.de) zur nachhaltigen Behandlung von Adipositas und deren Folge-/Begleiterkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. Auch psychosomatische Krankheitsbilder, die nicht selten mit einer Adipositas-Erkrankung im Zusammenhang stehen, können in unserer Einrichtung behandelt werden.

Aufgrund einer steigenden Anzahl von Anfragen von gesetzlich versicherten Patienten möchten wir darauf aufmerksam machen, dass wir sehr gerne auch **Ihre Versicherten** aufnehmen.

Die medizinische Versorgung mit dem zugrundeliegenden Konzept entspricht allen Qualitätsanforderungen. Der Tagessatz für eine 4- wöchige Rehabilitation im Gesundcamp Kirchhundem beträgt 175 € und liegt damit in vergleichbarer Höhe von Vertragssätzen.

Bitte helfen Sie Ihren Versicherten und ermöglichen zukünftig eine Zuweisung in unser Gesundheitscamp Kirchhundem.

Wir erlauben uns Ihnen zukünftig direkt oder als Anfrage über Ihren Versicherten kommend Bewilligungsanträge zuzuleiten mit der Bitte um positiven Einzelentscheid.

Gerne stehen wir Ihnen jederzeit bei Fragen zur Verfügung.

Wir bedanken uns für Ihre Kooperation.

Mit freundlichen Grüßen



Antragsteller (Patient):

Vorname, Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Telefonnummer _____

Versicherungsnummer _____

Leistungsträger der Rehabilitation (Antragsempfänger):

Name _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Ergänzung meines Antrages auf Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation: Wunschrecht

Sehr geehrte Damen und Herren,

ergänzend zu meinem Antrag vom _____._____._____ auf die Durchführung einer stationären medizinischen Rehabilitation habe ich den Wunsch, in einer von mir ausgewählten und für meine persönliche Situation geeigneten Rehabilitationseinrichtung behandelt zu werden. Dieses Recht leite ich aus § 8 SGB IX ab, welcher Patienten bei der Durchführung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ein Wunschrecht zugesteht.

Nach sorgfältiger Auswahl habe ich mich für folgende Rehabilitationseinrichtung entschieden:

Gesundheitscamp Kirchhundem Josef-Gockeln-Str. 21 57399 Kirchhundem

Ich bin der Überzeugung, dass in dieser Rehabilitationsklinik die Erreichung meiner Reha-Ziele und somit die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am besten gewährleistet ist.

Sollten Sie meinem mir gesetzlich zustehenden Wunsch- und Wahlrecht nicht entsprechen oder nur eingeschränkt entsprechen können, teilen Sie mir dies bitte schriftlich mit (rechtsmittelfähiger Bescheid unter Angabe genauer, medizinischer Gründe wie ärztliches Gutachten; ggf. durch den MDK). Damit ich Ihre Entscheidung prüfen und nachvollziehen kann, bitte ich auch um eine ausführliche Begründung der Ablehnung. Sofern Kostenerwägungen für die Ablehnung ausschlaggebend sein sollten, bitte ich um eine detaillierte Begründung, warum Ihres Erachtens durch meine Wahl entstehende Mehrkosten unverhältnismäßig hoch sind.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift Antragsteller