

**Absender:**

Vorname und Nachname  
Straße und Hausnummer  
PLZ Wohnort

**An die Leistungsträger der Rehabilitation (Widerspruchsempfänger):**

[Adresse des Kostenträgers der medizinischen Rehabilitation;  
z. B. die Krankenkasse oder Rentenversicherung]  
Postfach oder Straße und Hausnummer  
PLZ und Ort

**Nachgereichte Begründung zum Widerspruch**

**vom: \_\_.\_\_.\_\_\_\_ wegen der Ablehnung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit begründe ich meinen Widerspruch inklusive aktueller Bescheinigungen meiner behandelnden Ärzte, aus denen erneut hervorgeht, dass ambulante Maßnahmen vor Ort in meinem Fall nicht ausreichen, um meine Arbeitskraft zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Überdies wurden alle erdenklichen, ambulanten Maßnahmen voll ausgeschöpft. Die diesbezüglichen Unterlagen und Atteste füge ich diesem Schreiben als Anlage bei.

Mit freundlichen Grüßen

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

\_\_\_\_\_  
(Ihre Unterschrift)

**Anlage**

Ärztliches Attest