

Absender:

Vorname und Nachname
Straße und Hausnummer
PLZ Wohnort

An die Leistungsträger der Rehabilitation (Widerspruchsempfänger):

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

Widerspruch

hier: Ihr Bescheid vom __.__.____ wegen der Ablehnung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich gegen Ihren oben genannten Bescheid Widerspruch.

Dieser Bescheid ist mir am __.__.____ zugegangen. Der Widerspruch erfolgt zunächst form- und fristwährend.

Zugleich bitte ich auf der Grundlage von § 25 Abs. 1 SGB X um Einsicht in sämtliche für Ihre Entscheidung herangezogenen Akten, einschließlich aller ärztlichen Gutachten und aller Stellungnahmen des medizinischen Dienstes- bzw. um Zusendung von Kopien dieser Unterlagen.

Entgegen Ihrer Ansicht sind bei mir die persönlichen Voraussetzungen für die Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme absolut erfüllt.

Ich bitte ausdrücklich darum, eine ergänzende medizinische Stellungnahme bei dem mich behandelnden

Arzt: Titel, Vorname, Name: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

anzufordern.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

(Ihre Unterschrift)