

**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.

Nach Erhalt der Unterlagen werde ich meinen Widerspruch begründen inklusive aktueller Bescheinigungen meiner behandelnden Ärzte, aus denen erneut hervorgehen wird, dass ambulante Maßnahmen vor Ort in meinem Fall nicht ausreichen, um meine Arbeitskraft zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

Mit freundlichen Grüßen

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

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