

Vorname/Name

Straße

PLZ/Ort

An die  
X-Krankenkasse  
Straße Nr.  
PLZ/Ort

Ort/Datum

**Widerspruch**

gegen Ihren Bescheid vom ..... (*Datum/Aktenzeichen*)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich fristgerecht Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid meines Antrags auf Kostenübernahme vom ..... (*Datum*) ein.

Eine ausführliche Begründung folgt.

oder

Ich leide unter..... (*Krankheit*) und benötige ..... (*genaue Bezeichnung des Hilfsmittels*), weil ..... (*Begründung einfügen*).

Ich habe das ..... (*Hilfsmittel*) vorab getestet und mit anderen verglichen. Es ist für mich am besten geeignet, weil ..... (*medizinische Gründe, warum gerade dieses Hilfsmittel gewünscht wird, hinzufügen*).

Ein weiteres Attest meines Arztes .....(*Name*) vom ..... (*Datum*) habe ich diesem Schreiben beigelegt.

Daher bitte ich Sie um erneute Prüfung des Falls und Erteilung eines neuen Bescheids.

Mit freundlichen Grüßen

(*Unterschrift Vorname/Name*)