

Absender:

Nachname/ Vorname _____

Straße/Hausnummer _____

PLZ/ Wohnort _____

Versicherungsnummer _____

Leistungsträger der beantragten Rehabilitationsmaßnahme

Name des Kostenträgers _____

Postfach/ Straße/Hausnummer _____

PLZ/ Ort _____

Widerspruch**hier: Ihr Bescheid vom __.__.____ hinsichtlich der Ablehnung der beantragten stationären Rehabilitationsmaßnahme vom __.__.____**

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 Unterlagen, 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 die beantragte Rehabilitationsmaßnahme medizinisch indiziert ist. **Weiterhin verfolge ich das Ziel, meine erheblichen Funktionsstörungen zu beheben.**

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum (Ihre Unterschrift)