

Absender / Versicherter

Vorname, Name _____

Straße/Nr _____

PLZ, Wohnort _____

Empfänger / Kostenträger

Name _____

Straße/Nr., o. Postfach _____

PLZ, Ort _____

Widerspruch**Ihr Bescheid vom _____ bzgl. der Ablehnung des von mir ausgeübten Wunsch- und Wahlrechts nach §8 SGB IX**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich gegen den o.a. Bescheid Widerspruch.

Der Bescheid ist mir am _____ zugegangen. Der Widerspruch erfolgt daher form- und fristwährend.

Begründung:

In meinem Antrag habe ich mein Wunsch- und Wahlrecht nach §8 SGB IX ausgeübt und dargelegt, welche spezifischen Gründe eine Behandlung in der von mir gewählten Klinik erforderlich machen.

 Ich habe ausgeführt, dass auf Grund meiner persönlichen und familiären Situation eine Behandlung in der gewählten Klinik erforderlich ist. Die persönliche Lebenssituation ist laut § 8 SGB IX i.V.m. § 33 Abs. 1 SGB IX ein schwerwiegendes Kriterium bei der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts. Ich habe ausgeführt, dass die speziellen Leistungsmerkmale der von mir gewählten Klinik eine besondere Bedeutung für meine Behandlung haben. Sonstiges: _____

Aus diesem Grund fordere ich Sie auf, meinem ursprünglichen Antrag vom _____ zu entsprechen und die dafür erforderliche Kostenübernahmeerklärung kurzfristig auszustellen.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum_____
Unterschrift Versicherter