

Absender:

Vorname, Name

Adresse

An die
Deutsche Rentenversicherung bzw. Krankenkasse
(Anschrift der für Sie zuständigen Kostenträger)
Straße Nr.
PLZ, Ort

Datum

**Widerspruch gegen den Bewilligungsbescheid zur Durchführung einer stationären
medizinischen Rehabilitation**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bestätige den Eingang Ihres Schreibens vom _____
gegen den eingegangenen Bescheid ein.

und lege hiermit Widerspruch

Begründung:

In meinem Antrag habe ich das **Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX** ausgeübt und darge-
legt, welche spezifischen Gründe eine Behandlung in der _____
erforderlich machen.

Ich habe ausgeführt, dass aufgrund meiner persönlichen und familiären Situation eine
Behandlung in der _____ erforderlich ist.

Gemäß § 8 Abs. 1 S. 2 SGB IX i. V. m. § 33 SGB I ist die persönliche Lebenssituation im
Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts gewichtig.

Ich habe ausgeführt, dass besondere Merkmale der _____ eine
besondere Bedeutung für meine Behandlung haben.

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

Mit freundlichen Grüßen