

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 _____ und lege hiermit Widerspruch
gegen den eingegangenen Bescheid ein.

Begründung:

In meinem Antrag habe ich das **Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX** ausgeübt und dargelegt, 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