

Absender / Versicherter

Vorname, Name
Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort

Empfänger / Kostenträger

Name
Straße, Hausnummer 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

.....
Datum

.....
Unterschrift Versicherter