

Absender*in / Versicherte*r

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 §9 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 §9 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 § 9 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 Versicherte*r