
Name der versicherten Person

Straße

PLZ Ort

Versichertennummer

Telefonnummer

Name der Krankenkasse

Straße

PLZ Ort

Ort, Datum

Widerspruch gegen Ablehnungsbescheid

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich fristgerecht Widerspruch gegen Ihren Ablehnungsbescheid vom _____ (Datum/Aktenzeichen) ein. Der Bescheid bezog sich auf meinen Antrag auf eine Versorgung mit dem Hilfsmittel _____.
Eine ausführliche Begründung reiche ich nach.

Ich bitte Sie um die erneute Prüfung des Falls.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der versicherten Person