

WIDERSPRUCH

**an den folgenden Kostenträger:
(zuständige Rentenversicherung oder Krankenkasse)**

Name des Kostenträgers _____
Straße, Hausnummer oder Postfach _____
PLZ, Ort _____

Antragsteller*in

Name, Vorname _____
Straße, Hausnummer _____
PLZ, Wohnort _____
Versicherungsnummer _____

Widerspruch

Ihr Bescheid vom _____ bzgl. der Ablehnung des von mir ausgeübten
Wunsch- und Wahlrechts gemäß §8 SGB IX

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich gegen Ihren o.a. Bescheid Widerspruch. Der Bescheid ist mir am
_____ zugegangen. Mein Widerspruch erfolgt daher form- und fristwährend.

Begründung: In meinem Antrag habe ich mein Wunsch- und Wahlrecht nach §8 SGB IX ausgeübt.

Folgende spezifischen Gründe machen eine Behandlung in der von mir gewählten
Rehaklinik Katharinenhöhe gGmbH, Oberkatzensteig 11, 78141 Schönwald
erforderlich:

- Meine persönliche und familiäre Situation macht eine Behandlung in der gewählten Klinik erforderlich. Die persönliche Lebenssituation ist laut §8 SGB IX i.V. mit §33 Abs. 1 SGB I ein schwerwiegendes Kriterium bei der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts.
- Die spezielle Leistungsmerkmale der von mir gewählten Rehaklinik haben eine besondere Bedeutung für meine Behandlung
- Sonstiges (Anlage mit Begründung)

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

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller*in