

WIDERSPRUCH GEGEN DEN BESCHLUSS DER KRANKENKASSE ZUM HILFSMITTEL

Name und Anschrift des Versicherten:

Krankenkasse:

Versichertennummer / Kundennummer:

Widerspruch gegen den Bescheid über das Hilfsmittel

Hiermit lege ich Widerspruch gegen Ihren Bescheid über die Ablehnung bzw. Nichtbewilligung des beantragten Hilfsmittels ein. Ich bitte Sie, die Entscheidung unter Berücksichtigung meiner medizinischen Notwendigkeit und der vorliegenden Unterlagen erneut zu prüfen.

Begründung des Widerspruchs:

Anlagen:

- Kopie des Bescheids der Krankenkasse
- Ärztliche Unterlagen / Atteste
- Sonstige Nachweise

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Versicherter / Widersprechender

Krankenkasse (für Vermerk)

Unterschrift: _____

Unterschrift: _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://gesundheit-experte.com/widerspruch-krankenkasse-hilfsmittel/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://gesundheit-experte.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.