Name

Anschrift

PLZ Ort

Krankenkasse / Rentenversicherung

Anschrift

PLZ Ort Datum

**Widerspruch gegen Ihren Ablehnungsbescheid vom Datum**

Versicherten- / Sozialversicherungsnummer:

Aktenzeichen:

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Bescheid vom Datum, lehnen Sie meinen Antrag auf eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ab. Mit dieser Entscheidung bin ich nicht einverstanden und lege hiermit fristgerecht Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom Datum ein.

Für mich ist nicht nachvollziehbar, wie Sie zu der Einschätzung gelangen, dass … wiederholen Sie, welche Ablehnungsgründe in dem Bescheid genannt sind; z.B. ich Ihrer Meinung nach nicht rehabilitationsbedürftig/rehabilitationsfähig sei, die Erfolgsaussichten einer Rehabilitationsmaßnahme in meinem Fall nicht ausreichend wären, usw.

Dokumentationen und durchgeführte Behandlungen / Therapien sowie die Stellungnahmen meiner behandelnden Ärzte zeigen, dass eine stationäre Rehabilitation notwendig ist.

Ich bitte Sie daher, Ihre Entscheidung noch einmal zu prüfen. Für den Fall, dass Sie bei Ihrer Entscheidung bleiben sollten, behalte mir vor, Akteneinsicht gemäß § 25 Abs. 1 SGB X zu beantragen.

Mit freundlichen Grüßen,

Unterschrift

Vorname Name