Name

Anschrift

PLZ Ort

Krankenkasse / Rentenversicherung

Anschrift

PLZ Ort Datum

**Widerspruch: Ihr Bescheid vom Datum bzgl. der Ablehnung des von mir ausgeübten Wunsch- und**

**Wahlrechts nach § 9 SGB IX**

Versicherten- / Sozialversicherungsnummer:

Aktenzeichen:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich gegen Ihren oben genannten Bescheid Widerspruch.

Dieser Bescheid ist mir am Datum zugegangen. Der Widerspruch erfolgt zunächst form- und fristwahrend.

Begründung:

In meinem Antrag habe ich das Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX ausgeübt und dargelegt, welche spezifischen Gründe eine Behandlung in der Bayerwald-Klinik in Cham-Windischbergerdorf erforderlich machen.

Ich habe ausgeführt, dass aufgrund meiner persönlichen und familiären Situation eine Behandlung in der

Bayerwald-Klinik in Cham-Windischbergerdorf erforderlich ist. Gemäß § 9 SGB IX i. V. m. § 33 Abs. 1 SGB IX ist die persönliche Lebenssituation im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts gewichtig.

(Vgl. Sozialgericht Oldenburg S 81 R 90/13 ER)

*und / oder*

Ich habe ausgeführt, dass besondere Merkmale der Bayerwald-Klinik in Cham-Windischbergerdorf eine besondere Bedeutung für meine Behandlung haben.

Aus diesen Gründen fordere ich Sie auf, meinem ursprünglichen Antrag vom Datum zu entsprechen und die entsprechende Kostenübernahmeerklärung kurzfristig auszustellen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift

Vorname Name