

Ihr Vorname, Nachname
Straße, Hausnummer
PLZ, Stadt

Name der Krankenkasse
Straße, Hausnummer
PLZ, Stadt

Ort, Datum

Widerspruch gegen Ablehnung eines Hilfsmittels

Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom (Datum/Aktenzeichen)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich fristgerecht Widerspruch gegen den Ablehnungsbescheid meines Antrags auf Kostenübernahme vom (Datum) ein.
Eine ausführliche Begründung folgt.

oder

Ich leide unter..... (Krankheit) und benötige (genaue Bezeichnung des Hilfsmittels), weil (Begründung einfügen).

Ich habe das (Hilfsmittel) vorab getestet und mit anderen verglichen.
Es ist für mich am besten geeignet, weil (medizinische Gründe, warum gerade dieses Hilfsmittel gewünscht wird, hinzufügen).

Ein weiteres Attest meines Arztes(Name) vom (Datum) habe ich diesem Schreiben beigelegt. Daher bitte ich Sie um erneute Prüfung des Falls und Erteilung eines neuen Bescheids.

Mit freundlichen Grüßen

Name, Unterschrift