

Absender:

Vorname und Nachname
Straße und Hausnummer
PLZ Wohnort

An die Leistungsträger der Rehabilitation (Widerspruchsempfänger):

[Adresse des Kostenträgers der medizinischen Rehabilitation;
z. B. die Krankenkasse oder Rentenversicherung]
Postfach oder Straße und Hausnummer
PLZ und Ort

Widerspruch

hier: Ihr Bescheid vom __.__.____ wegen der Ablehnung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich gegen Ihren oben genannten Bescheid Widerspruch.
Dieser Bescheid ist mir am __.__.____ zugegangen.

Hiermit begründe ich meinen Widerspruch inklusive aktueller Bescheinigungen meiner behandelnden Ärzte, aus denen erneut hervorgeht, dass ambulante Maßnahmen vor Ort in meinem Fall nicht ausreichen, um meine Arbeitskraft zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Überdies wurden alle erdenklichen, ambulanten Maßnahmen voll ausgeschöpft. Die diesbezüglichen Unterlagen und Atteste füge ich diesem Schreiben als Anlage bei.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

(Ihre Unterschrift)

Anlage

Ärztliches Attest