

Absender*in (Antragsteller*in):

Antragsempfänger (zuständiger Kostenträger):

Widerspruch

Ihr Bescheid vom __.__.____ bzgl. der Ablehnung des von mir ausgeübten Wunsch- und Wahlrechts nach §8 SGB IX

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich gegen den o.a. Bescheid Widerspruch. Der Bescheid ist mir am __.__.____ zugegangen. Der Widerspruch erfolgt daher form- und fristwährend.

Begründung:

Ich habe in meinem Antrag mein Wunsch- und Wahlrecht nach §8 SGB IX wahrgenommen und umfassend dargelegt, welche spezifischen Gründe eine Behandlung in der von mir gewählten Klinik erforderlich machen.

Ich habe ausgeführt, dass auf Grund meiner persönlichen und familiären Situation eine Behandlung in der von mir gewählten Klinik erforderlich ist. Laut § 8 SGB IX i.V.m. § 33 Abs. 1 SGB IX ist die persönliche Lebenssituation ein schwerwiegendes Kriterium bei der Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts.

Ich habe ausgeführt, dass die speziellen Leistungsmerkmale der von mir gewählten Klinik eine herausragende Bedeutung für meine Behandlung haben.

Sonstiges: _____
Ich fordere Sie hiermit aus diesem Grund auf, meinem ursprünglichen Antrag vom __.__.____ zu entsprechen und die dafür erforderliche Kostenübernahmeerklärung kurzfristig auszustellen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum / Ort / Unterschrift Antragsteller*in