

Absender / Versicherter

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Empfänger / Kostenträger

Name: _____

Straße, Hausnummer oder Postfach: _____

PLZ, Ort: _____

Widerspruch

hier: Ihr Bescheid vom ____ . ____ . ____ bzgl. der Ablehnung des von mir ausgeübten Wunsch- und Wahlrechts nach §9 SGB IX

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich gegen Ihren oben genannten Bescheid Widerspruch.

Dieser Bescheid ist mir am ____ . ____ . ____ zugegangen. Der Widerspruch erfolgt zunächst form- und fristwährend.

Begründung:

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

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

Ich habe ausgeführt, dass besondere Merkmale der _____ eine besondere Bedeutung für meine Behandlung haben.

Sonstiges _____

Aus diesem Grunde fordere ich Sie auf, meinem ursprünglichen Antrag vom ____ . ____ . ____ zu entsprechen und die entsprechende Kostenübernahmeerklärung kurzfristig auszustellen.

Mit freundlichen Grüßen

(Versicherte/r)