[Vor- und Nachname]

[Straße und Hausnummer]

[PLZ Ort]

[Name der Krankenkasse]

[Straße Hausnummer]

[PLZ Ort] Ort, Datum

**Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom [Datum], Aktenzeichen/Kassenzeichen [ … ]**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich gemäß § 84 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht Widerspruch gegen den oben genannten Bescheid ein, mit dem Sie die Kostenübernahme für [konkrete Leistung/Behandlung], beantragt am [Datum Antrag], abgelehnt haben.

**Medizinische und rechtliche Begründung** [Unzutreffendes streichen]

Medizinische Notwendigkeit: Laut beigefügtem ärztlichen Befund von Dr. [Name] ist die beantragte Maßnahme unerlässlich, um [kurze Begründung].

Richtlinien und Recht: Die beantragte Leistung ist von den gemeinsamen Bundesausschuss-Richtlinien gedeckt bzw. ergibt sich aus § 27 Abs. 1 SGB V (ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung).

Gutachten des Medizinischen Dienstes (MD): Sollte Ihre Entscheidung auf einem MD-Gutachten beruhen, mache ich von meinem Akteneinsichtsrecht nach § 25 Abs. 1 SGB X Gebrauch und bitte um Übermittlung des vollständigen Gutachtens.

Ich beantrage, den Bescheid vom [Datum] aufzuheben und meinen ursprünglichen Antrag vom [Datum] bewilligend neu zu bescheiden. Des Weiteren beantrage ich, mir das Prüf-/MD-Gutachten sowie alle entscheidungsrelevanten Unterlagen in Kopie zu übersenden. Bitte bestätigen Sie mir den Eingang dieses Widerspruchs schriftlich.

Für Rückfragen stehe ich selbstverständlich zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*Unterschrift*)