

Vorname/Name  
Straße  
PLZ/Ort

An die  
X-Krankenkasse  
Straße Haus-Nr.  
PLZ/Ort

Ort/Datum

**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 ..... ein.  
(Datum)

Ich leide unter .....  
(Krankheit)

und benötige ..... ,  
(genaue Bezeichnung des Hilfsmittels)

weil .....  
.....  
.....  
.....  
(Begründung einfügen)

Das Hilfsmittel ist für mich am besten geeignet, weil .....  
.....  
(medizinische Gründe, warum gerade dieses Hilfsmittel gewünscht wird)

Daher bitte ich Sie um erneute Prüfung des Falls und Erteilung eines neuen Bescheids.

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift Vorname/Name)