

Antragssteller

Empfänger / Kostenträger

**Widerspruch Eigenbeteiligung
Vorgangsnummer**

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrem Schreiben vom _____ informieren Sie mich über die Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme und fordern mich auf, eine Eigenbeteiligung in Höhe von _____ zu bezahlen.

In Ihrem Bescheid ist jedoch nicht ersichtlich, ob Sie sich, neben den von mir benannten medizinischen Aspekten, auch mit den von mir benannten wichtigen persönlichen Lebensumständen gemäß § 8 SGB IX auseinandergesetzt haben.

Ich weise ausdrücklich daraufhin, dass das _____ besser geeignet ist, als die von Ihnen vorgeschlagene Klinik. Für den Erfolg der Maßnahme bietet meine Wunschklinik folgende notwendige Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten:

Zudem dürfen Versicherten gemäß § 40 Abs. 2 SGB V keine Mehrkosten auferlegt werden, die im Hinblick auf die Beachtung des Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX angemessen sind:

Ich habe bereits in meinem Antrag dargelegt, dass aufgrund meiner persönlichen / familiären Situation diese Klinik für die Verbesserung meines Gesundheitszustandes am besten geeignet ist.

Eine Rehabilitation in dieser Klinik würde sich besonders positiv auf meinen Rehabilitationserfolg auswirken, weil _____

Aus den von mir benannten Gründen bitte ich um Prüfung der Zahlungsaufforderung und um Ausstellung einer vollständigen Kostenübernahme.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Unterschrift Antragsteller