

WIDERSPRUCH GEGEN BESCHEID DER KRANKENKASSE

Musterbrief mit ausführlicher Begründung

Versicherte Person

Vorname / Name:

Geburtsdatum:

Straße / Hausnummer:

PLZ / Ort:

Versichertennummer:

Telefon, optional:

E-Mail, optional:

Bevollmächtigte Person – falls vorhanden

Vorname / Name:

Anschrift:

Vollmacht:

☐ beigelegt

☐ liegt der Krankenkasse bereits vor

Empfänger

Krankenkasse:

Anschrift:

Ort, Datum:

Betreff: Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom ____ / ____ / _____

Versichertennummer:

Aktenzeichen / Vorgangsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich gegen Ihren Bescheid vom

____ / ____ / _____

fristgerecht Widerspruch ein.

Mit dem Bescheid haben Sie

- ☐ meinen Antrag vollständig abgelehnt.
- ☐ meinen Antrag teilweise abgelehnt.
- ☐ die beantragte Kostenübernahme abgelehnt.
- ☐ eine bisherige Leistung beendet beziehungsweise reduziert.
- ☐ folgende Entscheidung getroffen:

Mit dieser Entscheidung bin ich nicht einverstanden.

Ich bitte um vollständige erneute Prüfung meines Antrags und der zugrunde liegenden medizinischen beziehungsweise tatsächlichen Umstände.

1. Beantragte Leistung

Mein ursprünglicher Antrag betrifft:

- ☐ Hilfsmittel

- ☐ Heilmittel
- ☐ Arzneimittel
- ☐ Behandlung
- ☐ Operation
- ☐ Therapie
- ☐ Psychotherapie
- ☐ häusliche Krankenpflege
- ☐ Rehabilitationsmaßnahme
- ☐ Vorsorgeleistung
- ☐ Krankentransport
- ☐ Fahrtkosten
- ☐ Zahnersatz / zahnmedizinische Leistung
- ☐ stationäre Behandlung
- ☐ ambulante Behandlung
- ☐ Haushaltshilfe
- ☐ sonstige Leistung:

Genaue Bezeichnung

Antrag gestellt am:

____ / ____ / _____

Behandelnder Arzt / Therapeut / Einrichtung:

2. Entscheidung der Krankenkasse

Laut Bescheid wurde die Leistung abgelehnt beziehungsweise eingeschränkt, weil:

Wörtlich beziehungsweise sinngemäß führt die Krankenkasse insbesondere aus:

3. Warum ich der Entscheidung widerspreche

Aus meiner Sicht berücksichtigt die Entscheidung die tatsächliche medizinische und persönliche Situation nicht ausreichend.

Insbesondere bestehen folgende Einwände:

- ☐ Die medizinische Notwendigkeit wurde nicht ausreichend berücksichtigt.
- ☐ Mein behandelnder Arzt hat die Leistung ausdrücklich empfohlen beziehungsweise verordnet.
- ☐ Eine bereits vorliegende ärztliche Stellungnahme wurde aus meiner Sicht nicht ausreichend berücksichtigt.
- ☐ Die vorhandenen Befunde wurden nicht vollständig gewürdigt.
- ☐ Wesentliche Diagnosen beziehungsweise Einschränkungen fehlen in der Begründung.
- ☐ Die vorgeschlagene Alternative ist für meine Situation nicht geeignet.
- ☐ Die Krankenkasse geht von unzutreffenden Tatsachen aus.
- ☐ Eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ist aus meiner Sicht unvollständig beziehungsweise nicht nachvollziehbar.
- ☐ Die beantragte Leistung wurde nur teilweise bewilligt, obwohl der vollständige Umfang erforderlich ist.
- ☐ sonstiger Einwand:

4. Medizinische beziehungsweise tatsächliche Begründung

Bei mir bestehen folgende für den Antrag relevante Erkrankungen, Einschränkungen oder Beschwerden:

Diese wirken sich insbesondere aus auf:

- ☐ Mobilität
- ☐ Selbstversorgung
- ☐ berufliche Tätigkeit
- ☐ Haushaltsführung
- ☐ Schlaf
- ☐ Schmerzen
- ☐ psychische Stabilität
- ☐ Teilnahme am sozialen Leben
- ☐ alltägliche Aktivitäten
- ☐ sonstigen Bereich:

Konkrete Auswirkungen

5. Warum die beantragte Leistung erforderlich ist

Die beantragte Leistung ist nach meiner Einschätzung beziehungsweise nach Einschätzung meiner behandelnden Ärzte erforderlich, weil:

Ohne die beantragte Leistung ist insbesondere zu erwarten:

- ☐ Verschlechterung des Gesundheitszustands

- ☐ erhebliche Schmerzen
- ☐ Einschränkung der Mobilität
- ☐ Verlust beziehungsweise Verringerung der Selbstständigkeit
- ☐ Verzögerung der Genesung
- ☐ erhöhte Gefahr weiterer Erkrankungen oder Komplikationen
- ☐ Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung
- ☐ erhebliche psychische Belastung
- ☐ sonstige Folge:

6. Ärztliche Empfehlung

Die beantragte Leistung wurde empfohlen / verordnet durch:

Name des Arztes / Therapeuten:

Fachrichtung:

Praxis / Klinik:

Datum der Empfehlung / Verordnung:

____ / ____ / _____

Ärztliche Begründung – soweit bekannt

Eine entsprechende Bescheinigung

- ☐ liegt bei.
- ☐ wurde bereits eingereicht.
- ☐ wird nachgereicht.

7. Bisherige Behandlungen / Alternativen

Bisher wurden folgende Maßnahmen versucht:

Maßnahme	Zeitraum	Ergebnis
—	—	—
—	—	—
—	—	—
—	—	—

Diese Maßnahmen

- ☐ waren nicht ausreichend wirksam.
- ☐ mussten wegen Nebenwirkungen beendet werden.
- ☐ sind für meine Situation nicht geeignet.
- ☐ führten nur vorübergehend zu einer Besserung.
- ☐ können die beantragte Leistung nicht ersetzen.

Erläuterung

8. Von der Krankenkasse vorgeschlagene Alternative

Im Bescheid wird folgende Alternative genannt:

Diese ist aus meiner Sicht nicht geeignet, weil:

Ärztliche Stellungnahme hierzu:

9. Medizinischer Dienst

Bei der Entscheidung wurde

- ☐ keine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes erwähnt.
- ☐ eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes berücksichtigt.
- ☐ nach meinem Kenntnisstand der Medizinische Dienst eingeschaltet.

Datum der Stellungnahme, soweit bekannt:

____ / ____ / _____

Die Stellungnahme

- ☐ liegt mir vor.
- ☐ liegt mir nicht vor.
- ☐ ist nach meiner Auffassung unvollständig.
- ☐ berücksichtigt folgende wesentliche Punkte nicht:

10. Akteneinsicht / Übersendung von Unterlagen

Soweit mir die entscheidungserheblichen Unterlagen noch nicht vollständig vorliegen, bitte ich um Zugang zu den für die Entscheidung maßgeblichen Unterlagen.

Ich bitte insbesondere um Übersendung beziehungsweise Bereitstellung von:

- ☐ Stellungnahme / Gutachten des Medizinischen Dienstes
- ☐ internen medizinischen Bewertungen, soweit zugänglich
- ☐ ärztlichen Unterlagen, auf die sich die Entscheidung stützt
- ☐ sonstigen entscheidungserheblichen Unterlagen
- ☐ vollständiger Akteneinsicht im gesetzlich zulässigen Umfang

Ich benötige diese Unterlagen zur sachgerechten Begründung meines Widerspruchs.

11. Ergänzung der Begründung

- ☐ Meine Widerspruchsbegründung ist mit diesem Schreiben vollständig.
- ☐ Ich werde die Begründung nach Erhalt der angeforderten Unterlagen ergänzen.
- ☐ Eine ergänzende ärztliche Stellungnahme wird nachgereicht.
- ☐ Weitere Befunde werden nachgereicht.

Voraussichtliche Unterlagen:

12. Dringlichkeit

Die Angelegenheit ist

- ☐ nicht besonders eilbedürftig.
- ☐ medizinisch zeitkritisch.
- ☐ aufgrund eines bereits vereinbarten Behandlungstermins dringend.
- ☐ aus folgendem Grund dringend:

Relevanter Termin

____ / ____ / _____

Mögliche Folgen einer Verzögerung

Ich bitte daher um zeitnahe Prüfung.

13. Bereits entstandene Kosten – falls zutreffend

- ☐ Noch keine Kosten entstanden.

☐ Folgende Kosten sind bereits entstanden:

Art:

Betrag:

_____ **EUR**

Datum:

____ / ____ / _____

Beleg beigelegt:

☐ Ja

☐ Nein

Hiermit wird keine Aussage darüber getroffen, ob im konkreten Fall ein gesetzlicher Erstattungsanspruch besteht. Ich bitte um Prüfung.

14. Antrag

Ich beantrage,

☐ den Bescheid vom ____ / ____ / _____ aufzuheben.

☐ den Bescheid entsprechend abzuändern.

☐ die beantragte Leistung vollständig zu bewilligen.

☐ die Kosten für folgende Leistung zu übernehmen:

☐ folgende konkrete Entscheidung zu treffen:

15. Erneute medizinische Prüfung

Falls die bisher vorliegenden Unterlagen für eine positive Entscheidung aus Ihrer Sicht nicht ausreichen, bitte ich

☐ um erneute medizinische Prüfung.

☐ um Berücksichtigung einer ergänzenden ärztlichen Stellungnahme.

- ☐ gegebenenfalls um erneute Beteiligung des Medizinischen Dienstes.
- ☐ um Mitteilung, welche konkreten medizinischen Unterlagen noch benötigt werden.

16. Entscheidung über den Widerspruch

Ich bitte darum, meinem Widerspruch abzuhelpfen.

Sollte dem Widerspruch nicht vollständig abgeholfen werden, bitte ich um Erlass eines schriftlich begründeten Widerspruchsbescheids.

17. Anlagen

Beigefügt sind:

- ☐ Kopie des angegriffenen Bescheids
- ☐ ursprünglicher Antrag
- ☐ ärztliche Verordnung
- ☐ ärztliche Stellungnahme
- ☐ Befundberichte
- ☐ Krankenhausbericht
- ☐ Reha-Bericht
- ☐ Therapiebericht
- ☐ Kostenvoranschlag
- ☐ Rechnungen / Zahlungsnachweise
- ☐ Medikamentenplan
- ☐ Gutachten
- ☐ Vollmacht
- ☐ sonstige Unterlagen:

Schluss

Ich bitte um erneute sachliche und medizinische Prüfung meiner Angelegenheit unter Berücksichtigung der beigefügten Unterlagen und der oben dargestellten Einwände.

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang meines Widerspruchs.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname / Name:

Unterschrift

Bevollmächtigte Person – soweit vorhanden:

Unterschrift

KURZWIDERSPRUCH ZUR FRISTWAHRUNG

Falls die Widerspruchsfrist kurzfristig abläuft, kann zunächst folgende kurze Fassung verwendet werden:

Betreff: Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom ____ / ____ / _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich gegen Ihren Bescheid vom

____ / ____ / _____

fristgerecht Widerspruch ein.

Mit der darin getroffenen Entscheidung bin ich nicht einverstanden.

Eine ausführliche Begründung und weitere Unterlagen werde ich nachreichen.

Soweit der Entscheidung eine Stellungnahme oder ein Gutachten des Medizinischen Dienstes zugrunde liegt, bitte ich um Übersendung beziehungsweise Zugang zu den entscheidungserheblichen Unterlagen.

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang meines Widerspruchs.

Mit freundlichen Grüßen

Vorname / Name

Unterschrift

PRÜFLISTE VOR DEM ABSENDEN

- ☐ Datum des Bescheids geprüft
- ☐ Datum der Bekanntgabe geprüft
- ☐ Widerspruchsfrist geprüft
- ☐ Versichertennummer angegeben
- ☐ Aktenzeichen angegeben
- ☐ konkrete Leistung bezeichnet
- ☐ Ablehnungsgrund aus dem Bescheid geprüft
- ☐ eigene Gegenargumente konkret formuliert
- ☐ ärztliche Begründung beigelegt
- ☐ relevante Befunde beigelegt
- ☐ gegebenenfalls Medizinischer-Dienst-Unterlagen angefordert
- ☐ Kopie des Widerspruchs gespeichert
- ☐ Versand beziehungsweise Eingang dokumentiert

Hinweis zur Verwendung

Diese Vorlage ist ein allgemeines Muster für einen Widerspruch gegen einen Bescheid einer gesetzlichen Krankenkasse.

Die Widerspruchsfrist beträgt grundsätzlich einen Monat nach Bekanntgabe des Bescheids.

Läuft die Frist kurzfristig ab, kann zunächst ein kurzer Widerspruch eingelegt werden. Eine ausführlichere Begründung und weitere Unterlagen können anschließend ergänzt werden.

Die Begründung sollte möglichst konkret auf die im Bescheid genannten Ablehnungsgründe eingehen. Allgemeine Aussagen wie „Ich brauche die Leistung unbedingt“ sind regelmäßig weniger hilfreich als eine nachvollziehbare Darstellung der medizinischen Notwendigkeit und der konkreten Auswirkungen einer Ablehnung.

Soweit entscheidungserhebliche Unterlagen nicht bekannt sind, kann im Rahmen der gesetzlichen Voraussetzungen Akteneinsicht verlangt werden.

Ein Widerspruch führt nicht automatisch dazu, dass die beantragte Leistung während des Widerspruchsverfahrens bereits erbracht oder bezahlt wird. Bei medizinisch dringenden Situationen können besondere rechtliche Schritte erforderlich sein.

Diese Vorlage ersetzt keine individuelle rechtliche oder medizinische Beratung.

© Smartvorlagen.de – Kostenlose Muster & Vorlagen