Herr/Frau

Vorname Nachname

Str. Hausnr.

PLZ-Ort

Name der Krankenkasse oder Rentenversicherung

Straße. Hausnr.

PLZ-Ort

 Ort, den XX.XX.XXXX

**Widerspruch zur Ablehnung der Kostenübernahme für Begleitperson**

**Vers.-Nr.: X**

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrem Bescheid vom XX.XX.XXXX lehnen Sie die Kostenübernahme für die Begleitperson der medizinisch stationären Rehabilitation ab. Gegen diesen Bescheid lege ich form- und fristwahrend Widerspruch ein. Zur Begründung meines Widerspruches bitte ich, die beigefügte ärztliche Stellungnahme zu beachten.

Zur Begründung:

- Einfügen von Begründungen -

Ich erbitte daher meinen Antrag nochmalig zu prüfen und die Kosten für meine Begleitung zu bewilligen. Für weitere medizinische Auskünfte stehen Ihnen mein behandelnder Arzt (Anschrift, Erreichbarkeit) zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

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

Vorname Nachname

Anlage: ärztliches Attest