
Ort, Datum

Widerspruch gegen Ihre Ablehnung vom _____
Datum

Name des Versicherten: _____

Versichertennummer: _____

Geb. am: _____

Heilmittelverordnung vom: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich lege Widerspruch gegen Ihre Ablehnung vom _____ zu o. g.
Verordnung außerhalb des Regelfalls ein. Ihre Entscheidung lässt außer Acht, dass weiterhin
dringender Therapiebedarf besteht. Gründe hierfür sind:

Mit freundlichen Grüßen

(Unterschrift Versicherter)

Anlagen