
Name der Pflegekasse

Absender

Straße bzw. Postfach

Straße bzw. Postfach

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Datum

Versichertennummer: _____

Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom ____ . ____ . _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege

ich

ich als Bevollmächtigter von Herrn/Frau

Vorname, Name

(die Vollmacht liegt in Kopie bei)

gegen Ihren Bescheid vom ____ . ____ . _____ Widerspruch ein.

Das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen liegt mir noch nicht vor.
Bitte senden Sie es mir zu.

Ich werde Ihnen nach Zugang des Gutachtens unaufgefordert eine ausführliche Begründung
des Widerspruchs zukommen lassen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift