

Antragsteller

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Wohnort _____

Leistungsträger der Rehabilitation

Name _____

Straße, Hausnr. oder Postfach _____

PLZ, Ort _____

Widerspruch gegen Ihren Bescheid – Ablehnung meiner Rehabilitation

Sehr geehrte Damen und Herren,

in Ihrem Bescheid vom _____ lehnen Sie die Kostenübernahme meiner Rehabilitation ab.

Gegen diesen Bescheid erhebe ich hiermit fristgerecht Widerspruch.

Zur Begründung meines Widerspruchs bitte ich, die beigefügten ärztlichen Unterlagen zu beachten.

Aus diesen geht zweifelsfrei hervor, dass nur die beantragte Rehabilitationsmaßnahme meine Gesundheit in ausreichendem Maß wiederherstellen kann. Ansonsten droht eine Gefährdung der Erwerbsfähigkeit und der Teilnahme am sozialen Leben. Andere Maßnahmen sind, wie in den Anlagen erläutert, bereits ausgeschöpft, gescheitert oder nicht erfolgversprechend.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum_____
Unterschrift Antragsteller