

**Absender / Versicherter:**

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

**Empfänger / Kostenträger**

Name \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer oder Postfach: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

**Widerspruch**

Ihr Bescheid vom \_\_\_\_\_ bzgl. Der Ablehnung des von mir ausgeübten Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

hiermit erhebe ich gegen Ihren oben genannten Bescheid Widerspruch.

Dieser Bescheid ist mir am \_\_\_\_\_ zugegangen. Der Widerspruch erfolgt zunächst form- und fristwährend.

**Begründung:**

In meinem Antrag habe ich das **Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX** ausgeübt und dargelegt, welche spezifischen Gründen eine Behandlung in der \_\_\_\_\_ erforderlich machen.

- Ich habe ausgeführt, dass aufgrund meiner persönlichen und familiären Situation eine Behandlung in der \_\_\_\_\_ erforderlich ist, **Gemäß § 9 SGB IX i.V.m. § 33 Abs. 1 SGB IX** ist die persönliche Lebenssituation im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts gewichtig. **(Vgl. Sozialgericht Oldenburg S 81 R 90/13 ER)**
- Ich habe ausgeführt, dass besondere Merkmale der \_\_\_\_\_ eine besondere Bedeutung für meine Behandlung haben.
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Aus diesem Grunde fordere ich Sie auf, meinem ursprünglichen Antrag vom \_\_\_\_\_ zu entsprechen und die entsprechende Kostenübernahmeerklärung kurzfristig auszustellen.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Versicherter