

### Widerspruch

An meine Krankenkasse: .....

Name des Versicherten .....

Anschrift .....

Versicherungsnummer .....

Datum .....

Betrifft: **Ablehnung der Kostenübernahme (Hilfsmittel)** .....

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen die Ablehnung vom Datum: ..... der oben genannten Kostenübernahme erhebe ich form- und fristgerecht

### Widerspruch.

Soweit sie in meiner Angelegenheit den Medizinischen Dienst mit einer Stellungnahme/Gutachten beauftragt haben, darf ich sie bitten, mir im Rahmen meines Akteneinsichtsrechtes eine Kopie der Stellungnahme/des Gutachtens zukommen zu lassen. Ggf. werde ich nach Erhalt ergänzend vortragen.

### Begründung:

Gemäß § 33 Abs.1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen sind.

Bei den von mir beantragten ..... handelt es sich um ein Hilfsmittel und nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens. Ebenso wenig greift ein Ausschluss nach § 34 Abs.4 SGB V. Streitig ist alleine die Frage der Erforderlichkeit im Einzelfall zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung. Mein verordnender Arzt hat aufgrund seiner persönlichen Untersuchung das genannte Hilfsmittel ärztlich verordnet. Vor Verordnung hat er sich von der Erforderlichkeit im Einzelfall überzeugt.

Bei mir besteht folgendes Krankheitsbild:.....

Ich gehe daher davon aus, dass Sie kurzfristig meinem Widerspruch abhelfen.

Mit freundlichen Grüßen

.....  
Name des Versicherten