

---

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

## Widerspruch

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich Widerspruch gegen Ihr Schreiben vom \_\_\_\_\_, in welchem Sie die Kostenübernahme für die ambulante Psychotherapie abgelehnt haben.

Meinem Antrag waren sämtliche erforderlichen Unterlagen beigelegt, aus denen hervorgeht, dass die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind.

Ich bitte Sie deshalb erneut, meinen Antrag zu genehmigen.

Sollten Sie meinem Antrag abermals nicht zustimmen, werde ich meinen Anspruch vor Gericht geltend machen. Gleichzeitig möchte ich Ihnen mitteilen, dass ich in diesem Fall die Aufsichtsbehörde sowie die/den Patientenbeauftragte/n der Bundesregierung informieren werde.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift