

# WIDERSPRUCH GEGEN DEN BESCHIED DES PFLEGEGRADES



Name der Pflegekasse

Absender

Straße, Hausnummer bzw. Postfach

Straße, Hausnummer bzw. Postfach

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Ort, Datum

Versichertennummer:

## WIDERSPRUCH GEGEN DEN BESCHIED DES PFLEGEGRADES

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege

ich persönlich

ich als Bevollmächtigter (die Vollmacht liegt in Kopie bei) von Herrn / Frau

Vorname, Name

Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom

ein.

Das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse / Medicproof 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