

**Absender**

Vorname, Name:  
Straße, Hausnummer:  
PLZ, Wohnort:

**DRV oder Krankenkasse  
Empfänger / Kostenträger**

Name  
Sachbearbeiter/in  
Straße, Hausnummer oder Postfach:  
PLZ, Ort:

**Versichertennummer:****Widerspruch**

**Ihr Bescheid vom \_\_.\_\_.\_\_\_\_ , Aktenzeichen:  
Ablehnung meines Wunsch- und Wahlrechts nach § 8 SGB IX**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich widerspreche Ihrem oben genannten Bescheid.

In meinem Antrag habe ich das Wunsch- und Wahlrecht nach § 8 SGB IX ausgeübt und dargelegt, dass die Merkmale (z.B. Hör- und Sprach- Ausstattung, Bezugsperson) der \_\_\_\_\_ Klinik eine besondere Bedeutung für meine Behandlung haben.

Ich bitte Sie meinem Antrag zu entsprechen.

Mit freundlichen Grüßen

(Versicherte/r)