

**Absender:**

Ihr Vorname und Nachname  
Straße und Hausnummer  
PLZ und Wohnort

**An die****Leistungsträger der Rehabilitation (Widerspruchsempfänger):**

[Adresse des Kostenträgers der medizinischen Rehabilitation;  
das ist meist die Krankenkasse oder Rentenversicherung]  
Postfach oder Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

**Widerspruch**

**hier: Ihr Bescheid vom \_\_.\_\_.\_\_\_\_wegen der Ablehnung einer stationären  
Rehabilitationsmaßnahme**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich gegen Ihren oben genannten Bescheid Widerspruch.  
Dieser Bescheid ist mir am \_\_.\_\_.\_\_\_\_zugelang. Der Widerspruch erfolgt zunächst  
form- und fristwährend.

Zugleich bitte ich auf der Grundlage von § 25 Abs. 1 SGB X um Einsicht in sämtliche für Ihre  
Entscheidung herangezogenen Akten, einschließlich aller ärztlichen Gutachten und aller Stel-  
lungnahmen des medizinischen Dienstes- bzw. um Zusendung von Kopien dieser Unterlagen.

Nach Erhalt der Unterlagen werde ich meinen Widerspruch begründen inklusive aktueller Be-  
scheinigungen meiner behandelnden Ärzte, aus denen erneut hervorgehen wird, dass ambu-  
lante Maßnahmen vor Ort in meinem Fall nicht ausreichen, um meine Arbeitskraft zu erhalten  
bzw. wiederherzustellen. Überdies wurden, wie Sie den Unterlagen erneut entnehmen werden  
können, alle erdenklichen, ambulanten Maßnahmen voll ausgeschöpft.

Mit freundlichen Grüßen

---

Ort, Datum

---

(Ihre Unterschrift)