

## Absender/Versicherter:

Vorname, Name: .....

Straße, Hausnummer: .....

PLZ, Wohnort: .....

## Empfänger/Kostenträger

Name: .....

Straße, Hausnummer oder Postfach: .....

PLZ, Ort: .....

....., der .....

## Widerspruch

hier: Ihr Bescheid vom \_\_.\_\_.\_\_\_\_ bzgl. der Ablehnung des von mir ausgeübten Wunsch- und Wahlrechts nach § 9 SGB IX

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erhebe ich gegen Ihren oben genannten Bescheid Widerspruch.

Dieser Bescheid ist mir am \_\_.\_\_.\_\_\_\_ zugegangen. Der Widerspruch erfolgt zunächst form- und fristwährend.

### Begründung:

In meinem Antrag habe ich das **Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX** ausgeübt und dargelegt, welche spezifischen Gründe eine Behandlung in der Bitte hier die Wunschklinik eintragen erforderlich machen.

Ich habe ausgeführt, dass aufgrund meiner persönlichen und familiären Situation eine Behandlung in der Bitte hier die Wunschklinik eintragen erforderlich ist. **Gemäß § 9 SGB IX i. V. m. § 33 Abs. 1 SGB IX** ist die persönliche Lebenssituation im Rahmen des Wunsch- und Wahlrechts gewichtig. **(Vgl. Sozialgericht Oldenburg S 81 R 90/13 ER)**

Ich habe ausgeführt, dass besondere Merkmale der Bitte hier die Wunschklinik eintragen eine besondere Bedeutung für meine Behandlung haben.

Sonstiges .....

Aus diesem Grunde fordere ich Sie auf, meinem ursprünglichen Antrag vom \_\_.\_\_.\_\_\_\_ zu entsprechen und die entsprechende Kostenübernahmeerklärung kurzfristig auszustellen.

Mit freundlichen Grüßen

.....  
(Versicherter)