

**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 Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik erforderlich machen.

Ich habe ausgeführt, dass aufgrund meiner persönlichen und familiären Situation eine Behandlung in der Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik 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 Dr. Becker Rhein-Sieg-Klinik 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)