

# Formloser Widerspruch



*Anschrift Absender*

---

---

---

*Anschrift Pflegekasse*

---

---

---

*Ort, Datum*

**Widerspruch gegen den Bescheid vom \_\_\_\_\_  
mit dem Aktenzeichen \_\_\_\_\_**

Versicherter:

---

Versichertennummer:

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich gegen Ihren Bescheid vom \_\_\_\_\_ mit dem  
Aktenzeichen \_\_\_\_\_ fristgerecht Widerspruch ein. Ich bin der Meinung,  
dass die Einschätzung des Pflegegrads nicht zutreffend ist.

Die entsprechende Begründung werde ich in Kürze nachreichen. Bitte senden Sie mir, falls  
noch nicht geschehen, das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen / von  
MEDICPROOF zu.

Ich bedanke mich für eine zeitnahe Bearbeitung meines Widerspruchs.

Mit freundlichen Grüßen

---

*Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten*