[Dein Name], [Straße und Hausnummer], [PLZ] [Ort]

[Name des Empfängers]
[Straße und Hausnummer]
[PLZ] [Ort]

[Ort], 29.11.2026

Widerspruch gegen den Bescheid vom [Datum des Bescheids], Versichertennummer [Versichertennummer]

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich gegen Ihren Bescheid vom [Datum des Bescheids], mir zugegangen am [Datum des Zugangs], fristgerecht Widerspruch ein.

Mit diesem Bescheid haben Sie die Versorgung mit folgendem Hilfsmittel abgelehnt oder nur teilweise bewilligt: [Bezeichnung des Hilfsmittels].

Ich beantrage, den Bescheid zu ändern und die Kosten für das verordnete Hilfsmittel in vollem Umfang zu übernehmen (§ 33 SGB V).

Begründung:
Das Hilfsmittel hat folgende Praxis verordnet: [Name der Praxis].

[Schildere hier in eigenen Worten, wobei dich die Beeinträchtigung im Alltag einschränkt, was das Hilfsmittel ausgleichen soll und warum eine einfachere oder günstigere Versorgung dafür nicht genügt.]

Außerdem bitte ich nach § 25 SGB X um eine vollständige Kopie der Stellungnahme des Medizinischen Dienstes und der übrigen Unterlagen, auf die sich Ihre Entscheidung stützt.

Nach Erhalt der Unterlagen behalte ich mir vor, die Begründung zu ergänzen.

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang dieses Widerspruchs schriftlich.

Mit freundlichen Grüßen

[Dein Name]