|  |
| --- |
| **Muster: Widerspruchsschreiben an die Krankenkasse** |
| **Betreff: Widerspruch gegen die Reduzierung der ärztlich verordneten täglichen Kompressionsversorgung (7×/Woche)** |
| Sehr geehrte Damen und Herren,  mein behandelnder Arzt hat mir die tägliche Versorgung mit klassischen Kompressionsverbänden (1 x täglich/7 x wöchentlich) verordnet. Sie haben stattdessen lediglich 4 Einsätze pro Woche für ein modernes Kompressionssystem genehmigt.  Gegen diese Entscheidung lege ich Widerspruch ein.  Die medizinische Indikation für eine tägliche Versorgung ist zweifelsfrei gegeben. Die Wahl der Therapieform liegt ausschließlich im Ermessen meines behandelnden Arztes. Eine Änderung der verordneten Maßnahme durch die Krankenkasse ist nicht zulässig. Sollte es aus Ihrer Sicht fachlichen Klärungsbedarf geben, bitte ich Sie, sich direkt mit meinem Arzt in Verbindung zu setzen.  Ich erwarte die vollständige Genehmigung der verordneten Leistung. Sollte diese nicht erfolgen, bitte ich um einen klagefähigen Widerspruchsbescheid.  Mit freundlichen Grüßen  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ort, Datum)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Unterschrift) |