Absender

Adresse der Krankenkasse

**Widerspruch gegen Ablehnung der Einstufung in die Pflegeversicherung**

Datum:

Mitgliedsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen ihren Bescheid vom erhebe ich Widerspruch.

Ich bitte um eine erneute Überprüfung durch den Medizinischen Dienst.

Mit freundlichen Grüßen