Absender

Krankenkasse

Mitgliedsnummer:

Datum:

Widerspruch gegen Ablehnung der Einstufung in die Pflegeversicherung

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen ihren Bescheid vom Datum erhebe ich Widerspruch.

Ich bitte um eine erneute Überprüfung durch den Medizinischen Dienst.

Mit freundlichen Grüßen