

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