[Vor- und Nachname der versicherten Person]
[Straße und Hausnummer]
[PLZ und Ort]
Versichertennummer: [Nummer]

An die
[Name der Pflegekasse]
[Anschrift aus dem Bescheid]

[Ort], den [Datum]

Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom [Datum des Bescheids], [Aktenzeichen, falls angegeben]

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen Ihren Bescheid vom [Datum], mit dem Sie [Pflegegrad X festgestellt / meinen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung abgelehnt] haben, lege ich Widerspruch ein.

Nach meiner Einschätzung ist meine Selbständigkeit stärker beeinträchtigt, als die Einstufung annimmt. Die Begründung reiche ich nach, sobald ich das Gutachten des Medizinischen Dienstes ausgewertet habe.

[Nur wenn das Gutachten dem Bescheid nicht beilag:] Bitte übersenden Sie mir das vollständige Gutachten (§ 18c Abs. 2 SGB XI).

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang dieses Widerspruchs schriftlich.

[Nur wenn Sie für eine andere Person schreiben:] Ich lege den Widerspruch als Bevollmächtigte / Bevollmächtigter für [Name der versicherten Person] ein. Die Vollmacht liegt bei.

Mit freundlichen Grüßen

[Unterschrift]

Anlagen: [Kopie des Bescheids], [Vollmacht, falls Sie für eine andere Person schreiben]