

Widerspruch gegen den Pflegegradbescheid

An die Pflegekasse

Name der Pflegekasse

Versichertennummer

Versicherte Person

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail (optional)

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Angaben zum Bescheid

Bescheid vom

Zugegangen am

Widerspruch

☐ Ablehnung eines Pflegegrades

☐ Feststellung eines zu niedrigen Pflegegrades

Hiermit lege ich gegen den oben genannten Bescheid fristgerecht Widerspruch ein.

☐ Eine Begründung ist beigelegt.

☐ Eine ausführliche Begründung wird nachgereicht.

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang dieses Widerspruchs schriftlich.

Sofern mir das Gutachten des Medizinischen Dienstes noch nicht vorliegt, bitte ich um Übersendung einer Kopie.

Bevollmächtigte Person (optional)

Name

Verhältnis zur versicherten Person

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten oder bevollmächtigten Person

Hinweis: Der Widerspruch muss in der Regel innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheids bei der Pflegekasse eingehen. Zur Fristwahrung genügt zunächst der Widerspruch; die Begründung kann nachgereicht werden.