

Anschrift:

Reklamation meiner Stoma-Versorgung - Widerspruch

Versicherter:

Anschrift:

Geburtsdatum:

Versicherungs-Nr.:

Verordnung vom:

Hilfsmittel / Menge:

Sehr geehrte Damen und Herren,

für meinen künstlichen Darmausgang bin ich auf die zuverlässige Versorgung mit Stoma-Produkten angewiesen. Eine entsprechende Hilfsmittel-Verordnung meines Arztes liegt Ihnen vor. Die bisher gelieferten Produkte entsprachen der ärztlichen Verordnung und meinen individuellen Bedürfnissen, so dass ich trotz meiner Behinderung ein weitgehend normales Leben führen konnte.

Seit dem erhalte ich von
ein anderes Produkt, das für mich ungeeignet ist. Gegen diesen Austausch lege ich hiermit Widerspruch ein. Ich habe als gesetzlich Versicherter gemäß § 11 SGB V einen rechtlichen Anspruch auf eine medizinisch notwendige Versorgung mit Hilfsmitteln. Ich bitte um Prüfung meines Widerspruchs und um Versorgung mit meinem bisherigen Produkt, das für meine Versorgung erforderlich und unverzichtbar ist.

Begründung:

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum, Unterschrift