# Anschrift des Versicherten (bitte ergänzen)

# Anschrift der Krankenkasse (bitte ergänzen)

# Versichertennummer:

Datum des Ablehnungsschreibens:

Psychotherapeutin: Dr. med. Tina Kellermann

# Widerspruch gegen Ablehnung der Kostenübernahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich Widerspruch gegen Ihr Schreiben vom **[Datum einfügen]** ein, mit dem Sie es ablehnen, die Kosten, die mir durch die ambulante Psychotherapie bei Frau Dr. med. Tina Kellermann entstehen, zu übernehmen.

Meinem Antrag lagen die erforderlichen Unterlagen bei, aus denen hervorgeht, dass die Anspruchsvoraussetzungen vorliegen. Ich bitte Sie deshalb erneut, meinen Antrag zu genehmigen.

Sollten Sie dem Antrag nicht stattgeben, werde ich meinen Anspruch gerichtlich durchsetzen und die Aufsichtsbehörde sowie den Patientenbeauftragten der Bundesregierung informieren.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum: