

Widerspruch

An meine Krankenkasse:

Name des Versicherten

Anschrift

Versicherungsnummer

Datum

Betrifft: **Ablehnung der Kostenübernahme sensomotorische Einlagen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

gegen die Ablehnung vom Datum: der oben genannten Kostenübernahme erhebe ich

Widerspruch.

Soweit sie in meiner Angelegenheit den Medizinischen Dienst mit einer Stellungnahme/Gutachten beauftragt haben, darf ich sie bitten, mir im Rahmen meines Akteneinsichtsrechtes eine Kopie der Stellungnahme/des Gutachtens zukommen zu lassen. Ggf. werde ich nach Erhalt ergänzend vortragen.

Begründung:

Gemäß § 33 Abs.1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen

Bei den von mir beantragten Einlagen handelt es sich um Hilfsmittel und nicht um Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens. Ebenso wenig greift ein Ausschluss nach § 34 Abs.4 SGB V.

Streitig ist alleine die Frage der Erforderlichkeit im Einzelfall zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung. Mein verordnender Arzt hat aufgrund seiner persönlichen