**EINSCHREIBEN**

Krankenkasse

Adresse

 Ort, den 21.10.14

**[Name des Patienten, Adresse, Geburtsdatum, Policen-Nr.]**

**Einsprache gegen Verfügung in Sachen Kostenablehnung vom [Datum].**

Sehr geehrte Damen und Herren

Mit diesem Schreiben erhebe ich fristgerecht im Namen meines Patienten Einsprache gegen die von Ihnen erlassene Verfügung vom [Datum].

[Begründung, bzw. ärztliche Diagnose]

Aus diesem Grund ersuche ich Sie, der Einsprache gutzuheissen und die Arztkosten zu übernehmen.

Besten Dank und freundliche Grüsse

[behandelnder Arzt]