**EINSCHREIBEN**

Krankenkasse

Adresse

 Ort, den 21.10.14

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

**Gesuch um Erlass einer Verfügung mit korrekter Rechtsbelehrung**

Sehr geehrte Damen und Herren

Gerne nehme ich Bezug auf Ihr Schreiben vom [Datum] (*siehe Beilage)*. Ich bin mit Ihrer Ablehnung nicht einverstanden.

Ich bitte um die Übernahme der Behandlungskosten. Sollten Sie dieser Forderung nicht nachkommen, bitte ich um eine juristisch korrekte Begründung in Form einer anfechtungsfähigen und mit Rechtsmittelbelehrung versehenden Verfügung. Damit ich diese Verfügung bei Nichtzahlung der Leistung dem Obudsmann vorlegen kann.

Zudem ersuche ich Sie um Einsicht sämtlicher Akten bis zum [Datum].

Eine Kopie dieses Schreiben geht zur Information an den betroffenen Patienten.

Besten Dank und freundliche Grüsse

[unterschriftsberechtigte Person]