

# Widerspruch Ablehnung Pflegegrad

*Anschrift Pflegekasse*

---

---

---

*Anschrift Absender*

---

---

---

---

*Ort, Datum*

**Widerspruch gegen den Bescheid vom \_\_\_\_\_  
mit dem Aktenzeichen \_\_\_\_\_**

Versicherter:

---

Versichertennummer:

---

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit legen wir gegen Ihren Bescheid vom \_\_\_\_\_ mit dem  
Aktenzeichen \_\_\_\_\_ fristgerecht Widerspruch ein.

Wir sind der Meinung, dass die Einschätzung des Pflegegrads nicht zutreffend ist.  
Mit der Ablehnung des Pflegegrades sind wir nicht einverstanden, da unserer Meinung  
nach die im Gutachten dargestellten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit nicht  
korrekt bewertet wurden.

Die Entscheidung entspricht nicht dem tatsächlichen Pflegeaufwand.

Daher bitten wir um ein Wiederholungsgutachten.

Bitte senden Sie uns, falls noch nicht geschehen,  
das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen zu.  
Wir bedanken uns für eine zeitnahe Bearbeitung des Widerspruchs.  
Mit freundlichen Grüßen

---

*Unterschrift des Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten*

---