WIDERSPRUCH

Empfängeradresse / Name und Anschrift Ihrer Betreff: Ablehnungsbescheid zur Ko	stenübernahme von Cannabis-Präparaten
-	
Sehr geehrte Damen und Herren	
	atum) ist mir Ihr Bescheid mit dem Aktenzeichen
	ugegangen, durch den Sie meinen Antrag auf die
Kostenübernahme einer/s	(Leistung) ablehnen.
Da ich mit dieser Entscheidung gegen Ihren Ablehnungsbeschei	nicht einverstanden bin, lege ich hiermit Widerspruch d ein.
iden gem. §31 Abs. 6 SGB V. Ein entsprechende Leistung steht ni erwartenden Nebenwirkungen un nicht angewendet werden. Es	h mit meinem Anspruch einer Therapie mit Cannabino- e allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard cht zur Verfügung oder kann unter Abwägung der zu nd unter Berücksichtigung meines Krankheitszustandes besteht eine Aussicht auf eine spürbare positive rlauf oder auf schwerwiegende Symptome.
Ich bitte um erneute Prüfung des	Sachverhalts und eine erneute Entscheidung.
Vielen Dank.	
Mit freundlichen Grüßen	
	NAME IN DRUCKBUCHSTABEN
Ort und Datum	 Unterschrift der Patientin/des Patienten