**Absender**

(Vorname Nachname))

(Straße und Hausnummer)

(PLZ Ort)

(Telefonnummer)

(Email)

**Empfänger**

(Medizinischer Dienst / Pflegekasse)

(Name der Pflegekasse)

(Adresse der MD/ Pflegekasse)

[Wählen Sie das Datum aus]

Betreff: Widerspruch gegen die Entscheidung zur Pflegegrad-Einstufung für (VORNAME NACHNAME DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich fristgerecht Widerspruch gegen den Bescheid vom (DATUM DES BESCHIEDS) bezüglich der Einstufung in den Pflegegrad (EINGESTUFTER PFLEGEGRAD) für (VORNAME NACHNAME DER PFLEGEBEDÜRFTIGEN PERSON) ein.

Nach eingehender Prüfung des Gutachtens und der tatsächlichen Pflegesituation sind wir zu der Auffassung gelangt, dass der festgelegte Pflegegrad nicht dem tatsächlichen Unterstützungsbedarf entspricht.

Insbesondere in den Bereichen (z. B. Mobilität, kognitive Einschränkungen, psychische Belastungen, Selbstversorgung) besteht ein deutlich höherer Hilfebedarf, als im Gutachten angegeben.

(OPTIONAL: Ggf. können Sie hier bereits konkrete Beispiele oder ergänzende ärztliche Atteste anführen.)

Im Sinne einer fairen und realistischen Einschätzung bitten wir um eine erneute Begutachtung und gegebenenfalls eine persönliche Neubewertung durch den Medizinischen Dienst. Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Unterstützung.

Mit freundlichen Grüßen
 (Vorname Nachname)