**[Dein Name]**
[Deine Adresse]
[PLZ, Ort]
[Telefon/E-Mail (optional)]

**An:**
[Name der Krankenkasse]
[Adresse der Krankenkasse]
[PLZ, Ort]

**Datum:** [TT.MM.JJJJ]

**Betreff:** Widerspruch gegen die Beendigung der Arbeitsunfähigkeit durch den MDK

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich

**Widerspruch**

**gegen die Entscheidung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom [Datum]** ein, in der meine **Arbeitsunfähigkeit für beendet erklärt wurde**.

Mein behandelnder Arzt, **Dr. [Name]**, ist weiterhin der Auffassung, dass ich **nicht arbeitsfähig** bin. Die Entscheidung des MDK basiert auf einer **kurzen Begutachtung**, die meiner Ansicht nach **die tatsächliche gesundheitliche Situation nicht ausreichend berücksichtigt**.

Ich fordere Sie daher auf, die Entscheidung **nochmals zu überprüfen** und eine **erneute ärztliche Einschätzung** vorzunehmen. Falls erforderlich, werde ich ergänzende medizinische Nachweise vorlegen.

Ich bitte Sie mir gemäß § 25 Abs. 1 SGB X Einsicht in alle die Akten zu gewähren, die bei Ihrer Entscheidung zugrunde gelegt wurden – notfalls durch Übersendung von Kopien

Bitte bestätigen Sie mir den Eingang dieses Widerspruchs schriftlich.

Mit freundlichen Grüßen
**[Dein Name]**