

## Vorlage zum Widerspruch gegen einen Bescheid der Berufsgenossenschaft

### Hinweise zur Verwendung der Vorlage:

- Persönliche Daten anpassen: Ersetzen Sie die Platzhalter in eckigen Klammern [ ] mit Ihren persönlichen Informationen.
- Begründung detaillieren: Passen Sie die Begründung an Ihre individuelle Situation an und fügen Sie alle relevanten Details hinzu. Geben Sie lieber zu viele als zu wenig Informationen.
- Verzichten Sie auf unsachliche Äußerungen
- Anlagen beifügen: Stellen Sie sicher, dass Sie alle genannten Anlagen dem Schreiben beifügen.
- Versand: Senden Sie den Widerspruch rechtssicher per Einschreiben mit Rückschein oder per Fax mit Sendeprotokoll.
- Fristen beachten: Der Widerspruch muss innerhalb eines Monats nach Erhalt des Bescheids bei der BG eingehen. Dabei zählt der Eingang bei Ihnen im Briefkasten, ausdrücklich nicht das Sendedatum auf dem Bescheid.
- Drucken Sie nur Seite 2 dieser Vorlage aus und senden es an ihre zuständige BG.

Bitte beachten Sie, dass diese Vorlage nur eine Handreichung in einem juristisch-formalen Prozess ist. Trotz sorgfältiger Überprüfung ist es uns nicht möglich, Ihnen irgendwelche Garantien zu geben oder eine Haftung zu übernehmen. Diese Schreiben stellt auch kein anwaltliches Schreiben da.

Sollten Sie weitere Beratungen wünschen, finden Sie mehr Informationen sowie eine digitale Fallprüfung auf [arbeitunfall113.de](http://arbeitunfall113.de)

Viel Erfolg bei Ihrem Widerspruch

Das Team von Arbeitsunfall 113

Ihr Vorname, Nachname  
Straße Hausnummer  
PLZ Ort  
Telefonnummer  
E-Mail-Adresse (optional)

**[Name der zuständigen Berufsgenossenschaft]**

**Straße Hausnummer**

**PLZ Ort**

**[Datum]**

### **Widerspruch [Aktenzeichen]**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit lege ich fristgerecht Widerspruch gegen Ihren Bescheid vom [Datum des Bescheids], mir zugegangen am [Datum des Erhalts], ein.

#### **Begründung:**

##### **1. Anerkennung des Arbeitsunfalls:**

Ich bin mit der Nichtanerkennung meines Unfalls als Arbeitsunfall nicht einverstanden. Am [Unfalldatum] ereignete sich folgender Vorfall: [Kurze Schilderung des Unfalls]. Dieser Unfall steht in direktem Zusammenhang mit meiner beruflichen Tätigkeit als [Ihre Tätigkeit/Berufsbezeichnung].

##### **2. Festgestellte Verletzungen und Gesundheitsschäden:**

In Ihrem Bescheid wurden nicht alle meine durch den Unfall erlittenen Verletzungen berücksichtigt. Insbesondere fehlen folgende Diagnosen:

- [Auflistung der fehlenden oder falsch dargestellten Verletzungen]

Diese wurden durch die beigefügten ärztlichen Atteste und Gutachten bestätigt.

##### **3. Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE):**

Die von Ihnen festgelegte MdE von [Prozentsatz]% spiegelt nicht meine tatsächliche Einschränkung wider. Laut dem beigefügten Gutachten von Dr. med. [Name des Arztes] vom [Datum] beträgt meine MdE mindestens [höherer Prozentsatz]% aufgrund folgender Einschränkungen:

- [Auflistung der Einschränkungen]

##### **4. Abgelehnte Leistungen:**

Die Ablehnung der folgenden Leistungen kann ich nicht nachvollziehen:

- [Auflistung der abgelehnten Leistungen]

Diese sind für meine Genesung und berufliche Wiedereingliederung essenziell.

**Anlagen:**

- Ärztliches Attest von Dr. med. [Name], vom [Datum]
- Medizinisches Gutachten vom [Datum]
- Unfallbericht vom [Datum]
- Weitere relevante Unterlagen

Ich bitte um eine erneute Prüfung meines Falls unter Berücksichtigung der oben genannten Punkte und der beigefügten Unterlagen.

Bitte bestätigen Sie mir schriftlich den Eingang dieses Widerspruchs.

Für Rückfragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen,

*(Unterschrift)*

Vorname Nachname