

Beschwerde

Bitte sorgfältig in Druckschrift ausfüllen und zurücksenden.

I. Persönliche Angaben

1. zum Patienten:

Name (Geburtsname): _____

Vorname: _____

weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

ggf. verstorben am: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

2. zum Beschwerdeführer, falls nicht identisch mit 1.:

Name: _____

Vorname: _____

weiblich männlich

ggf. (Verwandschafts-) Verhältnis zum Patienten: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon/Fax: _____

3. Im Falle der Vertretung des Patienten:

Ich handle / Wir handeln als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Gesetzliche(r) Vertreter

Bevollmächtigter (bitte Vollmacht in Kopie beifügen)

Betreuer (bitte Bestellungsurkunde in Kopie beifügen)

II. Welcher Sachverhalt soll überprüft oder geklärt werden?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Fragen zu Patientenrechten (u.a. Selbstbestimmung des Patienten, Dokumentation, Einsicht in die Behandlungsunterlagen)

Verstoß gegen die Berufsordnung (u.a. Aufklärungs-, Schweige- und Dokumentationspflicht)

Verstoß gegen die gebührenrechtlichen Vorschriften (GOÄ)

Behandlungsfehler

III. Gegen WEN richtet sich die Beschwerde?

(bei mehreren Beschwerdegegnern bitte ggf. Angaben auf gesondertem Blatt beifügen)

Name des behandelnden Arztes: _____

Praxisanschrift: _____

ggf. weitere Ärzte: _____

IV. Zur Behandlung

1. Wann ist das Fehlverhalten erfolgt (Datum)? _____

2. Was wird dem Beschwerdegegner vorgeworfen? Bitte schildern Sie detailliert und verständlich den **Sachverhalt**, der Ihrer Beschwerde zugrunde liegt:

(ggf. bitte Rückseite verwenden; relevante Unterlagen bitte in Kopie beifügen)

V. Einwilligung und Information

Bitte nehmen Sie die Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis.

Ich bin mit der Weiterleitung meines Beschwerdeschreibens an den Beschwerdegegner einverstanden. **(Bitte ankreuzen)**

Ort, Datum _____

Unterschrift _____