

Beschwerde

(Bitte sorgfältig **in Druckschrift oder per Computer** ausfüllen und zurücksenden.)

I. Persönliche Angaben

1. zur Patientin / zum Patienten:

Name (Geburtsname): _____

Vorname: _____

weiblich männlich divers

Geburtsdatum: _____

ggf. verstorben am: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

2. zur Beschwerdeführerin / zum Beschwerdeführer, falls nicht identisch mit 1.:

Name: _____

Vorname: _____

weiblich männlich divers

ggf. (Verwandtschafts-) Verhältnis: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

3. Im Falle der Vertretung:

Ich handle / Wir handeln als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Sorgeberechtigte / Sorgeberechtigter

Bevollmächtigte / Bevollmächtigter (bitte Vollmacht in Kopie beifügen)

Betreuerin / Betreuer (bitte Bestellungsurkunde in Kopie beifügen)

II. Welcher Sachverhalt soll überprüft oder geklärt werden? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Verstoß gegen die Berufsordnung (z. B. Schweigepflicht, Aufklärung, etc.)

Kommunikation / Organisation / Terminvergabe

Verstoß gegen die gebührenrechtlichen Vorschriften (GOÄ)

Behandlungsfehler

III. **Gegen WEN richtet sich die Beschwerde?** (bei mehreren Beschwerdegegnern bitte ggf. Angaben auf gesondertem Blatt beifügen)

Beschwerdegegner / in (Ärztin / Arzt): _____

Praxisanschrift: _____

IV. Zur Behandlung

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

2. Ist diesbezüglich ein **weiteres behördliches oder gerichtliches Verfahren** anhängig?
nein

ja, Verfahren: _____

3. 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. Datenschutz, Einwilligung und Unterschrift

Ich habe die anliegenden Hinweise zum Datenschutz zur Kenntnis genommen.

Ich bin mit der Weiterleitung meines Beschwerdeschreibens an den Beschwerdegegner zwecks Stellungnahme einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich

_____ geb.: _____

wohnhaft: _____

den Arzt / die Ärztin _____

Anschrift: _____

gegenüber der Ärztekammer Nordrhein, Tersteegenstr. 9,
40474 Düsseldorf, von der ärztlichen Schweigepflicht.

*Behandlungsfall: _____ *geb.: _____

Ich bin mit der Weiterleitung meines Beschwerdeschreibens an den Beschwerdegegner einverstanden. **(Bitte ankreuzen, wenn kein Beschwerdeformular verwendet wurde.)**

Datum: _____

(Unterschrift)

* Bitte beachten Sie, dass grundsätzlich nur die behandelte Person, die Ärztin / den Arzt von der Schweigepflicht entbinden kann. Bei nicht einwilligungsfähigen Personen (z. B. Kinder) erfolgt dies durch die gesetzliche Vertretung (z. B. Eltern oder Betreuer).

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ

BESCHWERDEN / SCHLICHTUNGEN / ANZEIGEN / ANFRAGEN

Gemäß der europaweit geltenden Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir ab dem 25.05.2018 verpflichtet, Ihnen Informationen im Zusammenhang mit der Verarbeitung Ihrer Daten bei der Ärztekammer Nordrhein zu geben. Dieser Verpflichtung kommen wir gerne mit der Überreichung dieses Informationsblattes nach.

I. KONTAKTDATEN

VERANTWORTLICHER NACH DSGVO

Ärztekammer Nordrhein,
Körperschaft des öffentlichen Rechts,
vertreten durch den Präsidenten
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
datenschutzverantwortlicher@aekno.de
Tel.: 0211/4302-0

BEHÖRDLICHER DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER

Ärztekammer Nordrhein, Datenschutzbeauftragter
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf
datenschutzbeauftragter@aekno.de
Tel.: 0211/4302-0

II. ZWECK DER DATENVERARBEITUNG

Die Datenverarbeitung erfolgt, um Ihrer Beschwerde / Ihrem Anliegen nachgehen zu können. Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit Sie uns diese zugänglich gemacht haben oder noch zur Verfügung stellen werden. Die Erhebung von Daten bei Dritten erfolgt nur, soweit sie uns hierzu Ihre Einwilligung geben. Werden die notwendigen Daten nicht bereitgestellt, kann jedoch unter Umständen eine umfassende Bearbeitung des Anliegens nicht erfolgen.

III. RECHTSGRUNDLAGE DER DATENVERARBEITUNG

Die rechtliche Befugnis für die Datenverarbeitung ergibt sich aus Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. c und e, Abs. 2 und 3, Art. 9 Abs. 2 lit. a, f und g DSGVO, §§ 3 Abs. 1 und 16 Abs. 1 Datenschutzgesetz NRW i. V. m. § 6 Abs. 1 Nr. 6 u. 8 Heilberufsgesetz NRW. Danach ist die Durchführung der Berufsaufsicht sowie die Streitschlichtung im Zusammenhang mit der Berufsausübung Aufgabe der Ärztekammer, soweit nicht andere Stellen zuständig sind.

IV. EMPFÄNGER DER PERSONENBEZOGENEN DATEN

Personenbezogene Daten übermitteln wir an Dritte nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten sind in Beschwerdefällen / bei Schlichtungen in erster Linie Ärztinnen und Ärzte. Sollte sich aus Ihrem Anliegen ein berufsaufsichtsrechtliches Verfahren gegen die Ärztin oder den Arzt entwickeln, können Ihre Daten auch an ein Berufsgesicht für Heilberufe oder eine Staatsanwaltschaft weitergegeben werden.

Die Übermittlung erfolgt zum Zwecke der Einholung von fallrelevanten Informationen sowie zur Klärung von Sachverhalten und Umständen hinsichtlich Ihres Behandlungsverhältnisses/Anliegens.

V. DAUER DER DATENSPEICHERUNG

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Bearbeitung Ihres Anliegens und/oder zur Wahrung der Berufsaufsicht erforderlich ist oder es gesetzliche Vorgaben vorsehen.

VI. IHRE RECHTE

Sie haben das Recht, Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus stehen Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung und das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Sofern Sie eine Einwilligung erteilt haben, so haben Sie das Recht, diese Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Diese ist: Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen, Postfach 20 04 44, 40102 Düsseldorf, E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de Tel.: 0211 / 38424-0