



Beschwerde

Bitte sorgfältig in **Druckschrift** ausfüllen und zurücksenden.

I. Persönliche Angaben

1. zur Patientin/zum Patienten, deren/dessen Beschwerde überprüft werden soll:

Name (Geburtsname): _____
Vorname: _____
Anrede: ☐ Frau ☐ Herr ☐ divers
Geburtsdatum: _____
ggf. verstorben am: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon/Fax: _____
E-Mail: _____

2. zur beschwerdeführenden Person, falls nicht identisch mit 1.:

Name: _____
Vorname: _____
Anrede: ☐ Frau ☐ Herr ☐ divers
ggf. (Verwandtschafts-) Verhältnis zur Patientin/zum Patienten: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon/Fax: _____
E-Mail: _____

3. Im Falle der Vertretung:

Ich handele/Wir handeln als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Gesetzliche(r) Vertreter/in
- ☐ Bevollmächtigte(r) (bitte Vollmacht in Kopie beifügen)
- ☐ Betreuer/in (bitte Bestellsurkunde oder Betreuerausweis in Kopie beifügen)

II. Gegen WEN richtet sich die Beschwerde?

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

Name der/des behandelnden Ärztin/Arztes:

Dienst- oder Praxisanschrift:

ggf. weitere Ärztinnen und Ärzte:

III. Zum Geschehen/Gegenstand der Beschwerde:

1. Wann hat sich der Vorfall ereignet (Datum)?

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

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

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

3