



Beschwerde

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

I. Persönliche Angaben

1. zum Patienten, dessen Beschwerde überprüft werden soll:

Name (Geburtsname): _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

ggf. verstorben am: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

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

Name: _____

Vorname: _____

ggf. (Verwandtschafts-) Verhältnis zum Patienten: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon/Fax: _____

3. Im Falle der Vertretung:

Ich handele/ Wir handeln als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

II. Gegenstand der Beschwerde

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Berufspflichtverletzung (u. a. Selbstbestimmung des Patienten, Dokumentation, Einsicht in die Behandlungsunterlagen, Aufklärungs-, Schweige- und Dokumentationspflicht)

- Verstoß gegen die gebührenrechtlichen Vorschriften (GOÄ)
- Behandlungsfehler

III. 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:

IV. Zum Geschehen:

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:
