



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:

DRUCKEN