



1)

GOÄ-Beschwerde

Bitte sorgfältig **in Druckschrift** ausfüllen und an die Ärztekammer Westfalen-Lippe, Referat „GOÄ“, Gartenstr. 210-214, 48147 Münster, senden.

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: _____

Krankenversicherung des Patienten: _____

Beihilfeberechtigt: ja nein

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 Bestellungsurkunde 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:

Was ist strittig? Bitte schildern Sie detailliert und verständlich den Sachverhalt, der Ihrer Beschwerde zu Grunde liegt und/oder geben Sie bitte an, welche Gebührenpositionen und/oder Analogpositionen und/oder Steigerungsfaktoren in der Liquidation aus welchem Grund hinterfragt werden. Um welche Liquidation oder Quittung handelt es sich:
