



GOÄ-Beschwerde

BITTE SORGFÄLTIG AUSFÜLLEN
UND ZURÜCKSENDEN AN:

Ärztekammer Westfalen-Lippe
Referat „GOÄ“
Gartenstr. 210 – 214
48147 Münster

I. Persönliche Angaben

1. Patientin/Patient:

Name (Geburtsname):
Vorname:
Geburtsdatum:
ggf. verstorben am:
Straße, Hausnr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon/Fax:
E-Mail:
Krankenversicherung der Patientin/des Patienten:
Beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein

2. Beschwerde führende Person, falls nicht identisch mit 1.:

Name:
Vorname:
ggf. (Verwandschafts-) Verhältnis zur Patientin/zum Patienten:
Straße, Hausnr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon/Fax:
E-Mail:

3. im Falle der Vertretung:

Ich handele/Wir handeln als (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- ☐ gesetzlich vertretende Person
- ☐ bevollmächtigte Person (Bitte eine Kopie der Vollmacht beifügen.)
- ☐ betreuende Person (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/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:

BEI BEDARF BITTE EIN GESONDERTES BLATT VERWENDEN — RELEVANTE UNTERLAGEN BITTE IN KOPIE BEIFÜGEN.
(Liquidation, ggf. Sterbeurkunde, ggf. OP-Bericht, ggf. bisheriger Schriftverkehr)

Ort, Datum

Unterschrift