

Beschwerde

Bitte sorgfältig in Druckschrift ausfüllen und zurücksenden.

I. Persönliche Angaben

1. zum Patienten:

Name (Geburtsname): _____

Vorname: _____

weiblich männlich

Geburtsdatum: _____

ggf. verstorben am: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon/Fax: _____

E-Mail: _____

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

Name: _____

Vorname: _____

weiblich männlich

ggf. (Verwandschafts-) Verhältnis zum Patienten: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon/Fax: _____

3. Im Falle der Vertretung des Patienten:

Ich handle / Wir handeln als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Gesetzliche(r) Vertreter

Bevollmächtigter (bitte Vollmacht in Kopie beifügen)

Betreuer (bitte Bestellungsurkunde in Kopie beifügen)

II. Welcher Sachverhalt soll überprüft oder geklärt werden?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Fragen zu Patientenrechten (u.a. Selbstbestimmung des Patienten, Dokumentation, Einsicht in die Behandlungsunterlagen)

Verstoß gegen die Berufsordnung (u.a. Aufklärungs-, Schweige- und Dokumentationspflicht)

Verstoß gegen die gebührenrechtlichen Vorschriften (GOÄ)

Behandlungsfehler

