



**Formular zur Einlegung einer Beschwerde**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

<b>Beschwerdeführer/in (Wenn nicht gleichzeitig Patient/in)</b>			
Name:			
Vorname:			
Adresse:			
E-Mail:		Telefon:	
Wenn Sie Betreuer oder Bevollmächtigter des Patienten / der Patientin sind, bitte eine entsprechende Urkunde beizufügen			

<b>Patient/in</b>			
Name:			
Vorname:			
Adresse:			
Geburtsdatum:			
E-Mail:		Telefon:	

<b>Sachverhaltsdarstellung</b>	
Name der Ärztin / des Arztes:	
Praxis / Krankenhaus / Einrichtung:	
Adresse:	
Tag / Zeitraum:	
Zeugen (mit Adressangabe):	
Schilderung des Sachverhaltes:	
Datum:	Unterschrift: