

Beschwerdeformular

Bitte füllen Sie das Formular aus, drucken Sie es aus und senden Sie es per Post oder Fax an die unten genannte Adresse bzw. Faxnummer.

Für die elektronische Übermittlung Ihrer Beschwerde verwenden Sie bitte das Online-Formular auf der [Website](#).

Patient:in

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer:

Beschwerdeführende Person

(sofern nicht identisch mit der Patientin oder dem Patienten)

Name:

Vorname:

Adresse:

E-Mail-Adresse:

Telefonnummer:

→ Wenn Sie Betreuer:in oder Bevollmächtigte:r der Patientin oder des Patienten sind, fügen Sie bitte eine entsprechende Urkunde bei.

Sachverhalt

Name der Ärztin oder des Arztes:

Name der Praxis, des Krankenhauses
oder der Einrichtung:

Adresse:

Tag/Zeitraum:

Zeug:innen (mit Angabe der Adresse):

Darstellung des Sachverhaltes:

Datum:

Unterschrift:

Bitte übersenden an

Ärztekammer Berlin, Friedrichstraße 16, 10969 Berlin oder per Fax an: +49 30 408 06 - 21 98