



## Formular für Beschwerden gegen Personen mit Berufen des Gesundheitswesens

Hiermit reiche ich *(Name und Adresse)*:

.....

Beschwerde ein gegen *(Name und Adresse der behandelnden Person)*:

.....

betreffend Behandlung vom *(Datum)*:.....

**Beschreibung des Vorfalles / Inhalt der Beschwerde:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### Weitere Angaben

1. Ich ermächtige die behandelnde Person, alle notwendigen Auskünfte zu erteilen.

- Ja  Nein

2. Ich bin bereit, wenn nötig eine Begutachtung der Arbeit der behandelnden Person vornehmen zu lassen:

- Ja, einverstanden  Nein, nicht einverstanden

3. Diese Beschwerde darf unter Nennung meines Namens der behandelnden Person zur Stellungnahme vorgelegt werden:

- Ja, einverstanden  Nein, nicht einverstanden

4. Ich war seit obgenanntem Vorfall bei folgender Person ..... (ev. **neu be-**  
*handelnde Person*) in Behandlung und ermächtige diese, alle notwendigen Auskünfte zu erteilen:

*(Adresse)*.....

Datum/Ort: ..... Unterschrift .....