



Einverständniserklärung

Daten des Patienten/ der Patientin

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geburtsname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Mobil

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass folgende Person meine gebührenrechtliche Beschwerde gegen den Arzt/die Ärztin bzw. die Behandlungseinrichtung gegenüber der Ärztekammer Hamburg wahrnimmt:

Name, Vorname

Ich unterschreibe diesen Antrag als:

Patient/Patientin persönlich

Betreuer/in | Bevollmächtigte/r*

Gesetzliche Vertretung des Patienten (Eltern)

* Nachweise bitte beifügen

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift