



Berufsrechtliche Prüfung von Beschwerdevorwürfen

Hiermit reiche ich,
bei der Ärztekammer Ham-
burg eine Beschwerde über
mit folgendem/n Vorwurf/Vorwürfen ein:

1. Meine Daten

Vorname*

Name*

Geburtsdatum*

Straße, Hausnummer*

Postleitzahl*

Telefon- oder Mobilnummer*

E-Mail

Weiblich Männlich Divers
Geschlecht*

* Pflichtangabe

Ort*

Wenn Sie diese Beschwerde nicht selbst einreichen

Sollte der Antrag durch Dritte (z.B. Ehepartner/in, Lebensgefährtin/in, Kinder etc.) erfolgen
reichen Sie bitte zusätzlich das Formular ► **Einverständniserklärung der/des Patientin/en**
ein

2. Gegen wen richtet sich die Beschwerde?

Name, Vorname*

bzw. Einrichtung

Straße, Hausnummer*

Postleitzahl*

Ort*

3. Haben Sie in gleicher Sache bereits Strafanzeige gestellt bzw. ist ein Strafverfahren
anhängig? **JA** **NEIN**

4. Einwilligung und Informationen

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Beschwerde an die/den o.g. Ärztin/Arzt einverstanden?

5. Ggf. Schweigepflichtentbindungserklärung vor- oder nachbehandelnde/rÄrztin/Arzt

Hiermit entbinde ich die/den vor- bzw. nachbehandelnde/n Ärztin/Arzt für das berufsrechtliche Verfahren
gegenüber der Ärztekammer Hamburg von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

6. Was kritisieren Sie an dem Verhalten der Ärztin / des Arztes?

Bitte schildern Sie detailliert und verständlich, was vorgefallen ist:

Sollte der Platz nicht ausreichen, bitten wir Sie, Ihre Beschreibung in einem weiteren Dokument fortzusetzen.

7. Welche Anlagen fügen Sie an?

Bitte senden Sie relevante Unterlagen bzw. Nachweise mit zur Ärztekammer. Sie können hier ankreuzen, um welche Unterlagen es sich handelt. Vielen Dank!

Schriftliche Belege/Dokumente

Schriftverkehr zur Beschwerde bzw. Behandlung mit der/dem Ärztin/Arzt

Schriftverkehr zur Beschwerde bzw. Behandlung mit anderen Institutionen (z. B. Krankenhaus, Krankenkasse etc.).

Zeugin/Zeuge

Ich/Wir unterschreiben diesen Antrag als:

Patient/in persönlich

Bevollmächtigte/r Vertreter/in*

Sonstige Dritte*

Gesetzliche Vertretung der/des Patientin/en
(Eltern)

Betreuer/in*

* Nachweise bitte beifügen

Ort, Datum

 Unterschrift

Ort, Datum

 Unterschrift