

Beschwerdeformular Patienten- und Behindertenanwaltschaft Burgenland

Daten

Patient:			
Geb.Datum		SV-Nummer:	
Adresse:			
Telefon:		E-Mail:	

Einschreiter:			
Verhältnis zum Patienten:			
Geb.Datum			
Adresse:			
Telefon/E-Mail:			

Beschwerde gegen

Krankenhaus/Abteilung:	
Arzt:	
Sozialversicherung:	
Pflegeheim:	
Sonstige:	

Kurze Darstellung der Beschwerde

Verwenden Sie bitte ein Beiblatt zur Sachverhaltsdarstellung.

Hinweis:

- Schildern Sie in kurzen Worten den Vorfall, wenn möglich unter Angabe des Datums.
- **Falls Sie der Meinung sind, dass ein Behandlungsfehler vorliegt, geben Sie uns insbesondere auch bekannt**
 - den Grund der Behandlung bzw. des Krankenhausaufenthaltes (Diagnose)
 - welche ärztliche Untersuchungen und Behandlungen und welche pflegerische Maßnahmen (wenn möglich mit Datum) durchgeführt wurden und welche aus Ihrer Sicht nicht in Ordnung waren,
 - ob und inwieweit Sie meinen, durch die Behandlung einen Schaden erlitten zu haben (Schmerzen, gesundheitliche Beeinträchtigungen, Verdienstentgang, sonstiger Aufwand etc.).
- Legen Sie die Ihnen zur Verfügung stehenden Unterlagen in Kopie bei (z.B. Arztbrief, Befunde, Fotos etc.);
- **Unterfertigen sie die Beschwerde eigenhändig unter Beifügung des Datums.**