

## Beschwerdeformular Patienten- und Behindertenanwaltschaft Burgenland

### Daten

<b>Patient:</b>			
<b>Geb.Datum</b>		<b>SV-Nummer:</b>	
<b>Adresse:</b>			
<b>Telefon:</b>		<b>E-Mail:</b>	

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

### Beschwerde gegen

<b>Krankenhaus/Abteilung:</b>	
<b>Arzt:</b>	
<b>Sozialversicherung:</b>	
<b>Pflegeheim:</b>	
<b>Sonstige:</b>	

### 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.**