

Angaben zu Ihrer Person

*Die personenbezogenen Daten sind notwendig, um Sie bei Rückfragen kontaktieren zu können.

Anrede*	<input type="text"/>
Vor- und Nachname*	<input type="text"/>
Geb.-Datum/ Vers.Nr.*	<input type="text"/>
Anschrift*	<input type="text"/>
E-Mail*	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>

Angaben zur Praxis

* Diese Daten sind notwendig, um Ihre Beschwerde bearbeiten zu können.

Praxis*	<input type="text"/>
Ärzt:in/Psychotherapeut:in*	<input type="text"/>
Anschrift*	<input type="text"/>
BSNR (falls bekannt)	<input type="text"/>

Angaben zur Beschwerde

Die KV Berlin ist zuständig, wenn es sich um Verletzung vertragsärztlicher Pflichten handelt. Weitergehende Informationen entnehmen Sie bitte unter folgendem Link:

<https://www.kvberlin.de/fuer-patienten/wann-hilft-die-kv-berlin>

Für die Beurteilung des Sachverhaltes muss grundsätzlich auch die andere Seite gehört werden.

Hierfür benötigen wir Ihr schriftliches Einverständnis (siehe Anlage 1),

- Ihren Brief in Kopie an den/der Ärzt:in/Psychotherapeut:in weiterzuleiten und
- diesen/diese um eine Stellungnahme zu bitten.

Bitte nehmen Sie unsere Hinweise zur Verarbeitung Ihrer Daten zur Kenntnis. Unsere vollständige Datenschutzerklärung finden Sie unter: <https://www.kvberlin.de/andere-seiten/datenschutzerklaerung>

Das ausgefüllte und unterschriebene Formular, nebst Schweigepflichtentbindung, senden Sie an:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Abteilung Service und Beratung, Masurenallee 6A, 14057 Berlin

Beschwerdeanliegen

(Beschreiben Sie hier detailliert und konkret, welche vertragsärztlichen Pflichten verletzt worden sind):

Berlin,
Ort & Datum

Unterschrift

Anlage 1
Erklärung zu meiner Beschwerde über

(Ärzt:in/Psychotherapeut:in)

Ich:

Vor- und Nachname *

Anschrift *

E-Mail *

Geb.-Datum/ Vers.Nr.*

Telefon*

erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Berlin mein Beschwerde-Formular dem/der vorgenannten Ärzt:in/Psychotherapeut:in zur Stellungnahme vorlegt.

Ferner entbinde ich diesen/diese zur Bearbeitung meines Beschwerdeverfahrens, von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich versichere, dass der Text meiner Beschwerde ausschließlich und vollständig aus mir bekannten Tatsachen besteht und ich meiner Beschreibung des Vorganges nichts Wesentliches hinzugefügt oder weggelassen habe.

Hinweis 1): Diese Erklärung ist erforderlich, da für die Beurteilung des Sachverhaltes grundsätzlich auch die andere Seite gehört werden muss.

Hinweis 2): Ich nehme zur Kenntnis, dass die KV Berlin dem von mir geschilderten Sachverhalt nachgehen wird und prüft, ob ein Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten anzunehmen ist.

Berlin,

Ort & Datum

Unterschrift