

Berufsrechtliche Prüfung von Beschwerdevorwürfen Einverständnis der Patientin | des Patienten

Aktenzeichen – nur von der
BO-Abt. auszufüllen

1 Daten der Patientin | des Patienten

Vor- und Nachname*

Geburtsdatum*

Geschlecht*

Weiblich

Männlich

Divers

Straße, Hausnummer*

*Pflichtangabe

Postleitzahl*

Ort*

Telefon- oder Mobilfunknummer*

E-Mail

2 Einverständnis

**Ich bin damit einverstanden, dass die folgende Person bei der Ärztekammer Hamburg meine
Beschwerde über die:den Ärztin/Arzt berufsrechtlich prüfen lässt:**

Vor- und Nachname* bzw. Einrichtung

Anschrift*

9 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