

Gebührenrechtliche Prüfung einer nach GOÄ erstellten Rechnung

Aktenzeichen – nur von der
GOÄ-Abt. auszufüllen

Antrag einer gebührenrechtlichen Prüfung

Name des Arztes, der Ärztin / Einrichtung / Praxis

Überfolgende Rechnungen

*Pflichtangabe

1 Daten der Patientin | des Patienten

Vor- und Nachname*

Geburtsdatum*

Geschlecht*

Weiblich

Männlich

Divers

ggf. verstorben am

Krankenversicherung*

Straße, Hausnummer*

Postleitzahl*

Ort*

Telefon- oder Mobilfunknummer*

E-Mail

2 Gegen wen richtet sich die Beschwerde?

Vor- und Nachname*

Straße, Hausnummer*

Postleitzahl*

Ort*

Eine gebührenrechtliche Prüfung setzt voraus, dass Sie in den folgenden drei Punkten Ihr Einverständnis erteilen:

3 Einwilligung und Information

Ich bin mit der Weiterleitung meiner Beschwerde an den/die oben genannte/n Arzt / Ärztin einverstanden

4 Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich den/die oben genannte/n Arzt / Ärztin für das Verfahren gegenüber der Ärztekammer Hamburg von seiner/ ihrer ärztlichen Schweigepflicht

5 Einverständnis zur Datenverarbeitung

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Ärztekammer Hamburg im Rahmen des vorgenannten Verfahrens, neben der von mir bereitgestellten personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten, derartige Daten, die zur Bearbeitung meiner Eingabe von der Ärztin/ dem Arzt an die Ärztekammer Hamburg übersandt werden, erhebt und verarbeitet.

6 Was kritisieren Sie an der Rechnung?

Bitte schildern Sie detailliert und verständlich den Sachverhalt, der Ihrer Beschwerde zugrunde liegt. Sollte der Platz nicht ausreichen, bitten wir Sie Ihren Sachverhalt in einem separaten Dokument fortzusetzen:

7 Welche Anlagen fügen Sie an?

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

Kopie der Liquidation

Unterschriebener Behandlungsvertrag/
Honorarvereinbarung (falls vorhanden)

Ablehnungsbescheid der
Versicherung (falls vorhanden),

Operations- und/ oder Entlassungsbericht
und/ oder Arztbericht (falls vorhanden)

bereits geführte Korrespondenz mit der Versicherung und/ oder Arzt und/ oder
Abrechnungsfirma und/ oder Patienten (falls vorhanden),

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt „Informationen zum Datenschutz“ zur Kenntnis genommen habe und mit den beschriebenen Vorgehensweisen einverstanden bin. Die Datenschutzinformationen können jederzeit auf unserer Homepage unter <https://www.aerztekammer-hamburg.org/datenschutzerklaerung.html> oder in schriftlicher Form erneut angefordert werden.

Wenn Sie den Antrag nicht selbst einreichen:

Sollte der Antrag durch Dritte (z.B. Ehepartner:innen, Lebengefährten/Lebensgefährtin, Kinder, Eltern etc.) für Sie gestellt werden, senden Sie bitte zusätzlich das auf unser Homepage befindliche Formular „Einverständniserklärung“ mit ein

3 Ich/Wir unterschreiben diesen Antrag als:

Patient:in persönlich

Betreuer:in*

Gesetzliche Vertretung
der:des Patient:in (Eltern)

*Nachweise bitte beifügen

Ort, Datum

Unterschrift