

Angabe zu Ihrer Person

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

Anrede *

Vor- und Nachname *

Anschrift *

E-Mail *

Telefon*

Angabe zur Praxis

* Diese Daten sind notwendig, um Ihren Vorwurf der Verletzung vertragsärztlicher Pflichten bearbeiten zu können.

Praxis *

Arzt *

Vor- und Nachname *

Anschrift *

E-Mail

Angabe zur Beschwerde

- Hiermit bestätige ich, dass keiner der unten genannten Beschwerdegründe zutrifft:
Bitte beachten Sie: Trifft einer der genannten Punkte auf Ihre Beschwerde zu, kann ihr Anliegen nicht von der KV Berlin bearbeitet werden.

Sie sich allgemein über einen Arzt/Psychotherapeuten beschweren wollen (Freundlichkeit, Wartezeit auf Termin usw.).

→ **In diesen Fällen wenden Sie sich bitte direkt an die Praxis**

Sie sich über einen Arzt/Psychotherapeuten bzgl. des Vorwurfs eines Behandlungsfehlers, der Verletzung des Datenschutzes/der Intimsphäre/der Hygiene/der ärztlichen Schweigepflicht oder eines berufsunwürdigen Verhaltens beschweren möchten.

→ **In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an die Ärztekammer /Psychotherapeutenkammer**

Sie eine Leistung bezahlen sollen und die Krankenkassen diese Kosten nicht übernimmt.

→ **In diesen Fällen wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Krankenkasse**

sich der Vorwurf auf eine Praxis aus dem Umland Berlin/anderes Bundesland bezieht.

→ **In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an die KV des jeweiligen Bundeslandes**

Sie sich über einen stationären Aufenthalt beschweren wollen.

→ **In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an die Klinikleitung oder Patientenbeauftragten**

Sie sich über einen Zahnarzt/zahnmedizinische Behandlung beschweren wollen.

→ **In diesen Fällen wenden Sie sich bitte an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZV)**

Vorwurf Verletzung vertragsärztlicher Pflichten (VVvP)

Die KV Berlin ist nur zuständig, wenn es sich um eine Verletzung vertragsärztlicher Pflichten handelt. Bitte kreuzen Sie an, welche Verletzung vertragsärztlicher Pflichten Sie dem Arzt/dem Psychotherapeuten vorwerfen:

- Ablehnung ärztlicher Behandlung trotz ausreichender Kapazitäten
- Unberechtigte Zuzahlung trotz Möglichkeit der Abrechnung zu Kassenlasten mittels der Versichertenkarte
- Verweigerung von Patientenrechten wie beispielsweise die Einsicht in die Patientenakte

Beschwerdeanliegen

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

Um den Vorwurf nachverfolgen zu können, benötigen wir eine Schweigepflichtentbindung, lautend auf den Arzt und Praxis, den Sie vorhergehend benannt haben. Bitte fügen Sie diesem Formular ggf. weitere entscheidende Unterlagen bei, die Ihren Vorwurf der Verletzung vertragsärztlicher Pflichten stützen.

Folgende Unterlagen werden eingereicht:

Bezeichnung des Dokumentes
Schweigepflichtentbindung

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular an:

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

Berlin,

Ort & Datum

Unterschrift einreichende Person