

Medizinischer Dienst Nord
Sekretariat Ärztliche Leitung
Hammerbrookstraße 5
20097 Hamburg

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie haben sich an das Beschwerdemanagement
des Medizinischen Dienstes Nord gewandt.
Gerne möchten wir Ihnen eine Antwort auf Ihre
Mitteilung geben, bitte füllen Sie dafür diesen
Bogen aus.

Mit freundlichem Gruß

Medizinischer Dienst Nord

oder per Fax an 040 2 51 69 – 91 12

Bitte kreuzen Sie an, in welcher Angelegenheit Sie uns eine Rückmeldung geben wollen:

- Begutachtung zu Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung (z. B. Pflegegrad)
 Begutachtungen zu Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung (z. B. Reha-Maßnahmen, Hilfsmittel, Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit)
 Sonstiges

Wir benötigen Angaben zu Ihrer Person

Vorname Name*

Bei Nachfragen zu Ihrer Rückmeldung ist eine
Telefonnummer hilfreich

PLZ Ort Straße*

*Ohne diese Angaben können wir Ihre Rückmeldung nicht bearbeiten

Hinweis: Da Mailadressen mitunter auch durch andere Personen genutzt werden, erfolgt eine Beantwortung ausschließlich per Briefpost.

- Der Vorfall betrifft Sie selbst
Der Vorfall betrifft nicht Sie selbst, sondern

Vorname Name*

PLZ Ort Straße*

In welchem Verhältnis stehen Sie zu der genannten Person?

- naher Verwandter (Kinder, Eltern, Geschwister)
 anderer Verwandter
 gesetzlicher Betreuer/Inhaber einer Vorsorgevollmacht
 Freunde/Nachbarn/...

Handeln Sie im Namen Dritter, benötigen wir einen Nachweis, dass Sie im Sinne bzw. Auftrag der genannten Person handeln (Kopie des Betreuerausweises oder einer Vorsorgevollmacht, eine Erklärung des Betroffenen – s. unten)*

*Ohne diese Angaben/Nachweis können wir Ihre Rückmeldung leider nicht bearbeiten.

Bitte beschreiben Sie in kurzer Form den Sachverhalt, der Ihnen Anlass zu dieser Rückmeldung gibt.

Bitte benennen Sie möglichst genau:

- beteiligte Personen, insbesondere die des Medizinischen Dienstes Nord (Name, Funktion)
- Zeit und Ort des Geschehens

Bitte haben Sie Verständnis, dass Beschwerden mit beleidigenden Inhalten grundsätzlich nicht bearbeitet werden.

Nach Eingang Ihrer Rückmeldung erhalten Sie von uns eine Eingangsbestätigung per Post.

Erklärung (Nur auszufüllen, wenn Sie im Namen Dritter handeln)

Sollten Sie gesetzlicher Betreuer oder Inhaber einer Vorsorgevollmacht sein, können Sie uns statt dieser Erklärung eine Kopie des Betreuerausweises bzw. der Vorsorgevollmacht (die Gültigkeit und der Umfang der Betreuung bzw. der Vollmacht muss für uns erkennbar sein) zusenden.

Ich,

.....
Vorname Name

.....
geboren am

wohnhaft

.....
PLZ Ort Straße

erkläre, dass Frau/Herr bei der eingereichten Beschwerde zum oben beschriebenen Sachverhalt mit meinem Einverständnis und in meinem Auftrag handelt. Ich willige ein, dass Sozialdaten, die im Zusammenhang mit der Bearbeitung dieser Beschwerde stehen und deren Einsichtnahme erforderlich ist, an die o. g. Person weitergegeben bzw. offenbart werden.

Datum

.....
Unterschrift

Widerruf: Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.