

An die
NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft
Landhausplatz 1, Haus 13
3109 St. Pölten

Eingangsvermerk

**Beschwerde über Gesundheitsdiensteanbieter
Ersuchen um außergerichtliche Überprüfung**

Betroffene Person

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Wohnadresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Vertreterin/Vertreter (wenn nicht betroffene Person selbst)

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Wohnadresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Im Verhältnis zur betroffenen Person bin ich:

- bevollmächtigte Person (Vollmacht bitte beilegen)
- vorsorgebevollmächtigte Person (Bestätigung bitte beilegen)
- Erwachsenenvertreterin/Erwachsenenvertreter (Bestätigung bitte beilegen)
- Obsorge- und erziehungsberechtigte Person
- Rechtsanwältin/Rechtsanwalt
- Hinterbliebene/Hinterbliebener nahe/r Angehörige/Angehöriger
- Vertrauensperson (betroffene Person muss selbst unterschreiben)

- Kontaktaufnahme und Korrespondenz soll mit der Vertreterin/dem Vertreter bzw. der Vertrauensperson erfolgen.

Einrichtung gegen die sich die Beschwerde richtet

Gegen welchen Gesundheitsdiensteanbieter richtet sich die Beschwerde?

(Krankenanstalt, Ärztin/Arzt, Langzeitpflege-Einrichtung, Hauskrankenpflege, Rehab-, Physio-, Therapiezentrum, Rettung, ...)

Name: _____ betroffene Abteilung/betroffener Bereich: _____

Adresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Datum der Aufenthalte bzw. Behandlungen (von - bis): _____

Beschwerdegrund: (formulieren Sie bitte kurz den Grund Ihrer Beschwerde):

Darstellung aus Sicht der betroffenen Person

Hier haben Sie die Möglichkeit ausführlichere Angaben zu Ihrer Beschwerde zu machen:

Datum: _____

Unterschrift der betroffenen Person
oder ihres Vertreters/ihrer Vertreterin
Bei Vertretung: bitte Bestätigung über
die Vertretungsbefugnis beilegen.

