

An den
MDK Nord
Sekretariat Ärztl. Leitung
Hammerbrookstr. 5
20097 Hamburg

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
Sie haben sich an das Beschwerdemanagement des MDK Nord gewandt. Gerne möchten wir Ihnen eine Antwort auf Ihre Mitteilung geben, bitte füllen Sie dafür diesen Bogen aus.

Mit freundlichem Gruß

oder per Fax an 040 25169-529

MDK Nord

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*

PLZ Ort Straße*

Bei Nachfragen zu Ihrer Rückmeldung ist eine Telefonnummer hilfreich

*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 MDK Nord (Name, Funktion)
- Zeit und Ort des Geschehens

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

Nach Eingang Ihre 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.