

## **Standardisierter Beschwerdebogen für Patienten**

Dieser Bogen dient der strukturierten Erfassung von Beschwerden durch Patientinnen und Patienten des Ärztenetzes MedNet Borken e.V.. Die Angaben werden vertraulich behandelt und direkt an die/den Patientenbeauftragte:n des Ärztenetzes weitergeleitet.

### **1. Persönliche Angaben (optional)**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (für Rückfragen): \_\_\_\_\_

E-Mail (optional): \_\_\_\_\_

### **2. Behandelnde Praxis / Einrichtung**

Name der Praxis / des Arztes: \_\_\_\_\_

Ort / Adresse (falls bekannt): \_\_\_\_\_

### **3. Zeitpunkt des Vorfalls**

Datum / Zeitraum: \_\_\_\_\_

### **4. Beschreibung der Beschwerde**

Bitte schildern Sie Ihr Anliegen so konkret wie möglich:

**5. Haben Sie bereits versucht, Ihre Beschwerde direkt in der Praxis zu klären?**

☐ Ja    ☐ Nein

Wenn ja, mit wem haben Sie gesprochen und was war das Ergebnis?

**6. Welche Lösung oder Rückmeldung wünschen Sie sich?**

**7. Einwilligung zur Kontaktaufnahme**

☐ Ich bin mit einer Kontaktaufnahme durch die/den Patientenbeauftragte:n einverstanden.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Stand: September 2025