

## Beschwerdeformular „Fehlende ärztliche Versorgung“

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Grund der Hausarztsuche/Beschwerde (Bitte ankreuzen):

Erstbeschwerde  Folgebeschwerde

- Hausarzt/Hausärztin verstorben, ohne Nachfolge
- Praxis geschlossen, ohne Nachfolge
- neu zugezogen
- keine zeitnahen Termine bei dem aktuellem Hausarzt/der aktuellen Hausärztin verfügbar
- bisher keine regelmäßige hausärztliche Versorgung aus anderen Gründen
- KVB-Terminservicestelle (Tel. 116117) ohne erfolgreiche Vermittlung eines Termins
- KVB-Terminservicestelle (Tel. 116117) nicht praktikabel (Warteschleife, umständlich)

### Bei wie vielen Praxen habe Sie bisher nachgefragt (Bitte ankreuzen):

1-5       5-10       >10

### Facharztsuche/Beschwerde (Bitte ankreuzen):

Erstbeschwerde  Folgebeschwerde

- keine zeitnahen Termine bei einem Facharzt/einer Fachärztin verfügbar
- KVB-Terminservicestelle (Tel. 116117) ohne erfolgreiche Vermittlung eines Termins
- KVB-Terminservicestelle (Tel. 116117) nicht praktikabel (Warteschleife, umständlich)

Bei welchen Facharztgruppen haben Sie Terminschwierigkeiten?

### Sonstige Anliegen an die ärztliche Versorgung im Landkreis Dillingen a.d. Donau:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie das ausgefüllte Beschwerdeformular per Post oder E-Mail an die oben angegebenen Kontaktdaten.**

Die Beschwerdeformulare werden jeweils zum Monatsende von der Geschäftsstelle Gesundheitsregion<sup>plus</sup> gesammelt an die Kassenärztliche Vereinigung Bayern übermittelt.