

Vorlage

Falls Sie Fragen haben, oder Ihnen die Darstellung schwer fällt, rufen Sie mich gerne an:
Ina Klawisch Tel.: 030/ 3300708-22

Verein (freiwillig)	
Name (freiwillig)	
Kontaktdaten	
Datum	
Beigefügte Unterlagen (soweit diese Ihnen vorliegen)*	
Rückrufwunsch	

<p>Um wen geht es?</p> <p>Alter: Geschlecht: Erkrankung:</p>
<p>Um welches Versorgungsproblem handelt es sich?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wo wurde der Antrag gestellt (z.B. Krankenkasse, Pflegekasse, Versorgungsamt etc.)? • Welche Leistung/en wurde/n beantragt? • Hat Ihr behandelnder Arzt oder Ärztin Sie im Antragsverfahren unterstützt (bitte Fachrichtung angeben)? • Wie lange läuft bzw. lief bereits das Antragsverfahren? • Mit welcher Begründung wurde gegebenenfalls die Leistung von der Behörde abgelehnt?

- Haben Sie eine Beratungshilfe von Ihrer Patientenorganisation oder einer anderen Institution in Anspruch genommen?
- Haben Sie einen Widerspruch bzw. Klage beim Sozialgericht eingelegt?
- Freitext möglich

***Gerne können Sie mir die beigefügte Schweigepflichtentbindung ausfüllen, unterschreiben und zurücksenden. Die Unterlagen werde ich für Sie bei der zuständigen Behörde/Einrichtung in Kopie anfordern. Selbstverständlich erhalten Sie diese nach Erhalt für Ihre Unterlagen.**