

# Beschwerde an die unabhängige Ombudsperson

In den Formularfeldern, die mit einem Sternchen \* versehen sind, fragen wir Informationen ab, die unbedingt benötigt werden, um Ihr Anliegen bearbeiten zu können.

## Angaben zur/zum betroffenen Versicherten

Vorname und Name\*:

Geburtsdatum\*:

Straße und Hausnummer\*:

Postleitzahl und Ort\*:

Telefonnummer:

E-Mail:

## Angaben zum Beschwerdeführer/zur Beschwerdeführerin

Ich bin der/die betroffene Versicherte.

Falls Sie nicht der/die betroffene Versicherte sind:

Vorname und Name\*:

Telefonnummer:

E-Mail:

Straße und Hausnummer\*:

PLZ und Ort\*:

In welchem Verhältnis stehen Sie zu der/dem Versicherten?  
(Bitte Vollmacht und/oder Betreuungsvollmacht beifügen)

Grund der Beschwerde\*

# Einverständnis zur Unterlageneinsicht, zur Weiterleitung der Beschwerde und zur Datenverarbeitung

## Unterlageneinsicht und Weiterleitung der Beschwerde

Damit die Ombudsperson Ihre Beschwerde oder Ihre Anregungen bearbeiten kann, wird es voraussichtlich nötig sein, dass sie bei der zuständigen Fachebene des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern eine Stellungnahme einholt und/oder dass sie Fallunterlagen einseht. Für beides wird hier Ihre Zustimmung erbeten. Ohne diese Zustimmung kann die Ombudsperson Ihre Beschwerde zwar entgegennehmen, aber eventuell nicht bearbeiten.

Hiermit willige ich ein, dass die Ombudsperson sowie die ihr zugeordneten Mitarbeiter/-innen den Beschwerdesachverhalt an die zuständige Fachebene des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern weiterleiten, um eine Stellungnahme einzuholen.

die erforderlichen Fallunterlagen einsehen dürfen.

Wenn Sie einverstanden sind, kann die Ombudsperson Ihre Beschwerde auch an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern weiterleiten, sofern Ihr Anliegen in dessen Zuständigkeitsbereich fällt.

Hiermit willige ich ein, dass die Ombudsperson sowie die ihr zugeordneten Mitarbeiter/-innen den Beschwerdesachverhalt an das Beschwerdemanagement des Medizinischen Dienstes Mecklenburg-Vorpommern weiterleiten, sofern die Beschwerde auch in den Zuständigkeitsbereich des Beschwerdemanagements fällt.

Wenn Sie einverstanden sind, kann die Ombudsperson Ihre Beschwerde an die Kranken- oder Pflegekasse weiterleiten, wenn sie den Eindruck hat, dass es sich eigentlich um einen Widerspruch gegen eine Leistungsentscheidung/einen Bescheid der Kranken- oder Pflegekasse handelt.

Hiermit willige ich ein, dass die Ombudsperson meine Beschwerde an meine Kranken- oder Pflegekasse weiterleitet, wenn sie den Eindruck hat, dass es sich um einen Widerspruch gegen einen Bescheid der Krankenkasse handelt.

## Datenverarbeitung

Ihre Einwilligung erfolgt freiwillig und ist jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufbar. Eine Zustimmung zur Nutzung der Daten ist z. B. erforderlich, damit die Ombudsperson mit Ihnen in Kontakt treten kann.

\* Die Ombudsperson und die ihr zugeordneten Mitarbeiter/-innen dürfen die in diesem Formular übermittelten persönlichen Daten speichern und nutzen, soweit dies für die Tätigkeit der Ombudsperson erforderlich ist.

Datum, Unterschrift des Beschwerdeführers/der Beschwerdeführerin

Informationen zum Datenschutz und zu Ihren Betroffenenrechten finden Sie auf unserer Internetseite unter [www.md-mv.de/ueber-uns/struktur/](http://www.md-mv.de/ueber-uns/struktur/) in der Rubrik Ombudsperson.