

## Beschwerdemeldebogen – bitte nur diesen Bogen verwenden!

Wir helfen Ihnen gern beim Ausfüllen. Besuchen Sie uns in der Schiffdorfer Chaussee 73. Ein Mitarbeiter wird Ihnen beim Ausfüllen dieses Bogens gern helfen.

An:

Das Porto übernehmen wir für Sie!

Docdrive GmbH

An die Geschäftsführung

Schiffdorfer Chaussee 73

**27574 Bremerhaven**

Beschwerdeeinreicher/in: (*Pflichtfelder, Adresse verwenden wir für die Antwort)		
Name*:	Vorname*:	
Straße*: Hausnummer*:	PLZ*:	Ort*:
Telefon:	e-mail:	
Patientendaten:		
Name*:	Vorname*:	
Straße*: Hausnummer*:	PLZ*:	Ort*:
Beschwerdebild:		
Datum:	Uhrzeit:	Ort:
Angaben zur Zuordnung. In welchem Bereich liegt der Beschwerdegrund?		
<input type="radio"/> Auftragsannahme	<input type="radio"/> Auftragsdurchführung	<input type="radio"/> Auftragsabrechnung
Beschwerdegrund: Bitte beschreiben Sie möglichst genau, was passiert:		

Reicht der Platz nicht aus, verwenden Sie gern die Rückseite!

**Datum:**

**Unterschrift Beschwerdeeinreicher/in:**

**Unterschrift Patient\*:**

***Interne Vermerke:***

Posteingang:

Nummer: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Patientenunterschrift vorhanden?  Ja  Nein

Bearbeiter:

Angeforderte Unterlagen:  Einsatzfax  Transportbericht  Rechnungen

Mahnungen  Stellungnahmen \_\_\_\_\_

Antwortdatum:  per Post  per e-mail

Vermerke: