



Antrag auf Abgabe einer gutachterlichen Stellungnahme zur Angemessenheit der ärztlichen Honorarforderung durch die Landesärztekammer Hessen

Hiermit beantrage ich die Abgabe einer gutachterlichen Stellungnahme durch die Landesärztekammer Hessen zu folgendem Sachverhalt:

Persönliche Angaben

1. Daten der Patientin/des Patienten

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
ggfs. verstorben am	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort	
Telefon/Telefax	
E-Mail-Adresse	
Krankenversicherung	
ggf. Beihilfestelle	



2. Daten der Antragstellerin/des Antragstellers, falls nicht identisch mit 1.

Name	
Vorname	
ggf. (Verwandtschafts-) verhältnis zu 1.	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Wohnort:	
Telefon/Telefax	
E-Mail-Adresse	

3. Im Fall der Vertretung:

Ich handle/Wir handeln als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- gesetzliche/-r Vertreter
- Bevollmächtigte/-r (bitte Vollmacht in Kopie beifügen)
- Betreuer/-in (bitte Bestellsurkunde oder Betreuerausweis in Kopie beifügen)



Daten der Ärztin/des Arztes

Name der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes:

Dienst- oder Praxisanschrift:

ggfs. weitere Ärztinnen/Ärzte:

Problemschilderung

Was ist strittig? Bitte schildern Sie detailliert und verständlich den Sachverhalt, der Ihrem Antrag zugrunde liegt und um welche Rechnung oder Quittung es sich handelt (ggf. bitte gesondertes Blatt verwenden, relevante Unterlagen bitte in Kopie beifügen).



Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift gesetzlicher Vertreter /
Bevollmächtigter/Betreuer

Bitte sorgfältig ausfüllen, unterzeichnen und an die Landesärztekammer Hessen - Referat GOÄ -, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt am Main, senden.

Anlage

- Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht