

# Beschwerdeformular

## Vor Beschwerdeeinlegung

Bevor Sie eine Beschwerde bei der Kommission einlegen, könnte es sich lohnen den Auskunftsdienst unter Tel. **(02) 9219 7444** oder gebührenfrei in NSW unter Tel. **1800 043 159** anzurufen, um Ihre Beschwerde zu diskutieren oder Unterstützung zu ersuchen.

## Übersetzungs- und Dolmetscher-Dienst (Translating and Interpreting Service)

Wenn Sie einen Dolmetscher benötigen, rufen Sie bitte den **Übersetzungs- und Dolmetscherdienst** (TIS National) unter Tel. **131 450** an und bitten Sie diesen, Sie mit der Kommission unter Tel. **1800 043 159** (Montag bis Freitag 9.00 -17.00 Uhr) zu verbinden.

## Ich möchte eine Beschwerde bei der Beschwerdekommision des Gesundheitswesens (Health Care Complaints Commission) einlegen. Meine Angaben sind:

Herr/Frau (anderer Titel) \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Familienname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Telefon: (Geschäftsstunden) \_\_\_\_\_ (ausserhalb der Arbeitszeit) \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_ Faxnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Meine bevorzugte Sprache (falls nicht Englisch) ist \_\_\_\_\_

Man kann mich am besten per \_\_\_\_\_ erreichen

Ich habe vor Einlegung dieser Beschwerde mit einem Auskunftsbeamten gesprochen **Ja Nein**

Ich lege diese Beschwerde ein: für **mich selbst** (gehen Sie zur 2. Seite des Formulars)

für **eine andere Person** (Bitte füllen Sie die Einzelheiten im unten stehenden Feld aus.)

## Angaben zum Empfänger des Gesundheitsdienstes :

Herr/Frau (andere Titel) \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Familienname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Postleitzahl \_\_\_\_\_ Land \_\_\_\_\_

Telefon: (Geschäftsstunden) \_\_\_\_\_ (ausserhalb der Arbeitszeit) \_\_\_\_\_

Mobiltelefon \_\_\_\_\_ Faxnummer : \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ist diese Person verstorben? **Ja** (falls ja, gehen Sie zur 2. Seite des Formulars) **Nein**

Weiss diese Person, dass Sie diese Beschwerde einlegen? **Ja Nein**

Wie ist Ihre Verbindung zu dieser Person? (zum Beispiel Schwester, Elternteil, Pfleger) \_\_\_\_\_

Die bevorzugte Sprache dieser Person (falls nicht Englisch) ist \_\_\_\_\_

German – Deutsch



**Meine Hauptanliegen sind:**

---

---

---

---

---

**Mit meiner Beschwerde möchte ich erreichen , dass:**

---

---

---

---

---

**Ich habe den Gesundheitsdienstleister wegen dieser Beschwerde bereits angesprochen.**

**Ja    Nein**

Wenn ja, was hat sich daraus ergeben?

---

---

---

---

---

**Ich habe mich bei einer anderen Stelle über dieselbe Sache beschwert.    Ja    Nein**

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten an.

---

---

---

---

---

**Die Kommission wird eine Kopie dieser Beschwerde an die Gesundheitsdienstleister, die Sie in Ihrer Beschwerde benannt haben, schicken und um deren Antworten ersuchen .**

**Ich bin damit einverstanden, dass eine Kopie meiner Beschwerde zu diesem Zweck verwendet werden kann .**

**Ja    Nein**

Falls nein, teilen Sie der Kommission bitte den Grund mit.

---

---

---

---

---

Es würde der Kommission helfen, die Einwilligung der Person zu haben, die den Gesundheitsdienst erhalten hat, so dass die Kommission, wenn nötig, Zugang zu deren sachbezogenen Krankenakten verlangen kann. Wenn Sie sich im Namen einer anderen Person beschweren, bitten Sie diese Person, falls möglich, um deren Zustimmung.

**Ich, \_\_\_\_\_, willige ein, dass die Kommission zur Beurteilung dieser Beschwerde Zugang zu meinen persönlichen Krankenakten hat.**

Unterschrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Vor Einsendung dieses Formulars, prüfen Sie bitte: Haben Sie:

- Das Beschwerdeformular vollständig ausgefüllt?
- Einzelheiten des Gesundheitsdienstleisters, über den Sie sich beschweren, gegeben?
- Ihre Sorgen klar identifiziert?
- Kopien aller sachdienlichen Dokumente und Angaben beigeheftet? Bitte schicken Sie keine Originaldokumente.

Senden Sie diese Informationen an:

The Commissioner  
Health Care Complaints Commission  
Locked Mail Bag 18  
STRAWBERRY HILLS NSW 2012

**Wie Sie uns erreichen können:**

Telefon: (02) 9219 7444 In NSW gebührenfrei: 1800 043 159

Fax: (02) 9281 4585

TTY (für hörbehinderte Menschen): (02) 9219 7555

E-mail: [hccc@hccc.nsw.gov.au](mailto:hccc@hccc.nsw.gov.au)

Webseite: [www.hccc.nsw.gov.au](http://www.hccc.nsw.gov.au)

Es ist bei Strafe verboten, der Kommission falsche oder irreführende Informationen zu erteilen .

**Datenschutzerklärung**

Die Kommission legt keine von Ihnen erlangte Informationen offen, ausser insoweit es für die Ausführung ihrer Aufgaben nach dem Gesundheitswesensbeschwerdegesetz notwendig ist.

**Bitte uns wissen lassen, wie Sie von der Kommission erfahren haben**

- Internet
- Telefonbuch
- Broschüre/Plakat
- Präsentation
- Familie / Freund
- Gesundheitsdienstleister
- Ich habe zuvor eine Beschwerde bei der Kommission eingelegt
- Anderes (bitte geben Sie Einzelheiten an)\_\_\_\_\_