**Formular für Beanstandungen gegenüber Personen mit Berufen des   
Gesundheitswesens**

Personen, die einen Beruf des Gesundheitswesens ausüben, haben bestimmte Anforderungen zu erfüllen. Insbesondere haben sie einen anerkannten Ausbildungsnachweis zu erbringen und müssen vertrauenswürdig sein sowie physisch und psychisch Gewähr für eine einwandfreie Berufsausübung bieten. Weiter haben sich diese Personen an verschiedene Berufspflichten zu halten.

Als Patient/in, (ehem.) Mitarbeiter/in einer Praxis oder Aussenstehende/r können Sie beim Gesundheitsamt Beanstandungen einreichen betreffend Behandlungen durch Personen mit Berufen des Gesundheitswesens, Missstände in Praxen sowie sonstige Vorfälle.

|  |  |
| --- | --- |
| Meldeperson | |
| Name, Vorname |  |
| Strasse |  |
| PLZ, Ort |  |
| Telefon |  |
| E-Mail |  |
| Verhältnis zur Gesundheitsfachperson  (z.B. Patientin, Mitarbeiter) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gesundheitsfachperson | |
| Vorname |  |
| Name |  |
| Beruf |  |
| Praxisname und Praxisadresse |  |
| Datum der Behandlung / des Vorfalls |  |

|  |  |
| --- | --- |
| neu behandelnde Gesundheitsfachperson  (falls die Meldung eine Behandlung betrifft) | |
| Vorname |  |
| Name |  |
| Beruf |  |
| Praxisname und Praxisadresse |  |
| Datum der Nachbehandlung |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Grund der Beanstandung   * Genaue Beschreibung des Vorfalls: Damit das Gesundheitsamt die Angelegenheit untersuchen kann, ist eine ausführliche und konkrete schriftliche Darstellung des Sachverhalts erforderlich. * Falls die Beanstandung eine Behandlung betrifft, so ist das genaue Datum des Vorfalls und die Behandlungsdauer anzugeben. | |
|  |

|  |
| --- |
| Beilage(n)  Bitte reichen Sie Kopien aller Unterlagen im Zusammenhang mit Ihrer Beanstandung ein. |
|  |

**Erklärung**

Mit meiner Unterschrift bin ich damit einverstanden, dass:

* das Gesundheitsamt bei der Gesundheitsfachperson und einer allfällig genannten neu behandelnden Person alle notwendigen Auskünfte im Zusammenhang mit der beanstandeten Behandlung einholt;
* dass die Gesundheitsfachperson gegenüber einem allfälligen Rechtsvertreter alle erforderlichen Auskünfte im Zusammenhang mit dieser Meldung erteilen darf.

Zudem nehme ich zur Kenntnis, dass

* diese Meldung unter Nennung meines Namens der gemeldeten Gesundheitsfachperson zur Stellungnahme vorgelegt werden kann;
* mir als Meldeperson in einem allfälligen aufsichtsrechtlichen Verfahren gegen die betroffene Gesundheitsfachperson keine Parteistellung zukommt, weshalb ich nicht über das weitere Vorgehen des Gesundheitsamtes informiert werde.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort und Datum Unterschrift

Das Formular ist unterzeichnet beim Gesundheitsamt Graubünden, Rechtsdienst, Hofgraben 5, 7001 Chur, einzureichen.