Projekt „Von der Einzelfallhilfe zum Erfahrungswissen“

**Vorlage**

**Falls Sie Fragen haben, oder Ihnen die Darstellung schwer fällt, rufen Sie mich gerne an:**

**Ina Klawisch Tel.: 030/ 3300708-22**

|  |  |
| --- | --- |
| **Verein (freiwillig)** |  |
| **Name (freiwillig)** |  |
| **Kontaktdaten** |  |
| **Datum** |  |
| **Beigefügte Unterlagen (soweit diese Ihnen vorliegen)\*** |  |
| **Rückrufwunsch** |  |

|  |
| --- |
| **Um wen geht es?**  Alter:  Geschlecht:  Erkrankung: |
| **Um welches Versorgungsproblem handelt es sich?**   * Wo wurde der Antrag gestellt (z.B. Krankenkasse, Pflegekasse, Versorgungsamt etc.)? * Welche Leistung/en wurde/n beantragt? * Hat Ihr behandelnder Arzt oder Ärztin Sie im Antragsverfahren unterstützt (bitte Fachrichtung angeben)? * Wie lange läuft bzw. lief bereits das Antragsverfahren? * Mit welcher Begründung wurde gegebenenfalls die Leistung von der Behörde abgelehnt? * Haben Sie eine Beratungshilfe von Ihrer Patientenorganisation oder einer anderen Institution in Anspruch genommen? * Haben Sie einen Widerspruch bzw. Klage beim Sozialgericht eingelegt? * Freitext möglich |
| **\*Gerne können Sie mir die beigefügte Schweigepflichtentbindung ausfüllen, unterschreiben und zurücksenden. Die Unterlagen werde ich für Sie bei der zuständigen Behörde/Einrichtung in Kopie anfordern. Selbstverständlich erhalten Sie diese nach Erhalt für Ihre Unterlagen.** |