

An die  
Koordinierungsstelle Qualitätsprüfungen  
c/o Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)  
Landesvertretung Sachsen-Anhalt  
Referat Pflege  
Telefon: 03 91 / 5 65 16 17  
Fax: 03 91 / 5 65 16 30

**Beschwerden über Pflegeeinrichtungen**

**Beschwerdeführer**

- |   |   |                                   |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Versicherter     | <input type="checkbox"/> Angehöriger    | <input type="checkbox"/> Betreuer |
| <input type="checkbox"/> Arzt/Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Sonstige ..... |                                   |

**Form der Beschwerde**

- |                                      |                                      |                                     |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> schriftlich | <input type="checkbox"/> telefonisch | <input type="checkbox"/> persönlich |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|

**Pflegeeinrichtung:**

\_\_\_\_\_  
Name, Ort

**Art der Einrichtung:**

- |                                   |                                    |   |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ambulant | <input type="checkbox"/> stationär | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege |
|-----------------------------------|------------------------------------|---|

**Inhalt der Beschwerde (in Stichworten) ggf. als Anlage beifügen**

Bemerkungen:

Eine Qualitätsprüfung nach § 114 SGB XI wird beantragt  ja  nein

Überprüfung des Sachverhalts durch die Pflegekasse  ja  nein

Bemerkungen: .....

Der Beschwerdeführer wünscht Vertraulichkeit  ja  nein

Rückfragen unter Telefon:

Pflegekasse:

Datum:

Unterschrift: