

ABSENDER Name, Anschrift

Ort:  
Datum:

An die Kassenärztliche Vereinigung

ABSENDER  
Name

NAME

Anschrift

ANSCHRIFT

**Beschwerde über die ärztliche Versorgung -NAME MEDIZINER\_IN, ANSCHRIFT-**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben mir über die Terminvergabestelle einen Termin bei -NAME, ANSCHRIFT- für eine Epilationsbehandlung vermittelt. Die Behandlung wurde trotz Überweisung nicht durchgeführt. Ich bitte Sie unter Hinweis auf Ihre Aufsichtspflicht und des Urteils des Bundessozialgerichtes vom 17.12.2021 – B1 KR 4/20 R-dafür Sorge zu tragen, dass ich die erforderliche Behandlung zügig erhalte.

Ich bitte Sie erneut, mir einen Termin für die erforderliche Epilationsbehandlung bei einem\*einer geeigneten Vertragsärzt\*in innerhalb von einer Woche nach Erhalt dieses Schreibens zu vermitteln.

Meine Krankenkasse erhält eine Durchschrift dieses Schreibens zur Kenntnisnahme.

Mit freundlichen Grüßen

EIGENER NAME

UNTERSCHRIFT