

A N T R A G

Datum.....

Antragsteller:

Name:

Adresse:

vertreten durch:

An den
Patientenentschädigungsfonds
beim Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Fachabteilung 8 A
z. Hd. Frau Dagmar Hegedys, Tel.Nr.: (0316)/877-3363
Trauttmansdorffgasse 2
8010 Graz

1. Wer wurde geschädigt?

Name, Geburtsdatum, Beruf, Adresse, Telefonnummer:

.....
.....

2. Wann wurde der Schaden verursacht?

Datum der Behandlung:

3. Wo wurde der Schaden verursacht?

Angabe des Krankenhauses:

4. Ist ein Schlichtungsverfahren bei der Ärztekammer

anhängig ? Ja Nein abgeschlossen? Ja Nein

5. Ist ein Zivilgerichtsverfahren

anhängig? Ja Nein abgeschlossen? Ja Nein

6. Ist ein Verfahren mit einem Privatversicherungsträger

anhängig? Ja Nein abgeschlossen? Ja Nein

