

Datum:

Absender (Antragsteller):

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:.....Beruf:.....

Telefon/Fax/Mail:

Wenn nicht selbst Patient: Rechtsstellung / Verhältnis zum Patienten (z.B. gesetzliche Vertreter, Sachwalter, Erbe)

.....
Name, Adresse und Geb. Datum des Patienten:

An die

***Gemeinsame Schlichtungsstelle der
Ärztammer für Steiermark und der***

Stmk. Krankenanstaltengesellschaft mbH

zH Frau Christine Straubinger (Tel. 0316/8044-10, Fax -130)

Frau Bettina Brunner (Tel. 0316/8044-47)

Kaiserfeldgasse 29

8010 Graz

ENTSCHÄDIGUNGSANTRAG

In welcher **Landeskrankenanstalt in der Steiermark** wurde der Schaden verursacht?

LKH / Klinik / Abteilung:

Wann wurde der Schaden verursacht?.....

Wann erlangten Sie Kenntnis?

Ist ein Zivilgerichtsverfahren oder ein Verfahren mit einem privaten Versicherungsträger
anhängig oder bereits abgeschlossen? ja nein

Wurde ein Antrag beim Patienten-Entschädigungsfonds beim Amt der Stmk. Landes-
regierung, Fachabteilung 8 A, abgegeben? ja nein

Wurde ein Ersatz für den Schaden zuerkannt? ja nein

Wenn ja, in welcher Höhe?

