

Patientenentschädigungsfonds

Amt der Steiermärkischen Landesregierung
Fachabteilung 8 A
z. Hd. Frau Dagmar Hegedys,
Friedrichgasse 9
8010 Graz
Telefon: 0316/877-3363
Fax: 0316/877-3373
E-Mail: dagmar.hegedys@stmk.gv.at

Datum

**Antrag
Patientenentschädigungsfonds**

Name und Adresse des Antragsstellers:

Name:
Geburtsdatum:Beruf:.....
Adresse:
Telefon:
Rechtsstellung (wenn nicht Geschädigter):.....

Name und Adresse des Geschädigten (wenn nicht selbst Antragsteller):

Name, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer:
.....
.....

In welcher Krankenanstalt in der Steiermark wurde der Schaden verursacht?

.....

Wann wurde der Schaden verursacht?

.....

Ist ein Schlichtungsverfahren bei der
Ärztammer

anhängig ? Ja Nein
abgeschlossen? Ja Nein

Ist ein Zivilgerichtsverfahren

anhängig? Ja Nein
abgeschlossen? Ja Nein

Ist ein Verfahren mit einem privaten
Versicherungsträger

anhängig? Ja Nein
abgeschlossen? Ja Nein

Patienten-Entschädigungskommission

*Geschäftsstelle: Amt der Steiermärkischen Landesregierung,
8010 Graz, Friedrichgasse 9, Zi-Nr. 19, EG*

Betrifft: **Entschädigungsantrag E**

Ich erteile meine Zustimmung zur Weitergabe aller Daten und Informationen an die Patienten-Entschädigungskommission und die Patienten- und Pflegeombudsschaft des Landes Steiermark, die nach dem Datenschutzgesetz, dem § 13a Stmk. Krankenanstaltengesetz, dem § 54 Ärztegesetz 1998 oder nach sonstigen Bestimmungen einer Weitergabebeschränkung oder der Verschwiegenheitspflicht unterliegen. Insbesondere bin ich damit einverstanden, dass die in einem Verfahren vor der Gemeinsamen oder einer anderen Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark erstellten schriftlichen Unterlagen durch die Patienten-Entschädigungskommission angefordert und an diese übermittelt werden.

Ebenso erteile ich meine Zustimmung zur Weitergabe meiner Daten und der meinen Antrag betreffenden Unterlagen an einen allfälligen von der Patienten-Entschädigungskommission um Stellungnahme ersuchten Bediensteten eines Landeskrankenhauses bzw. einer Universitätsklinik und an beauftragte Gutachter zur Klärung des Sachverhaltes, sowie an die Gemeinsame oder eine andere Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark.

Datum:

Name/Geb.Datum.....

Adresse:.....
.....

Unterschrift Antragsteller/In: