

Datum:

Absender/in (Antragsteller/in):

Name:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon/Fax/Mail:

Wenn der/die Antragsteller/in nicht der/die Patient/in ist:

Rechtsstellung/ -verhältnis zum (zur) Patienten/in: (z.B. Obsorgeberechtigte/r, Erwachsenenvertreter/in, Erbe/in, Vorsorgebevollmächtigte/r, gewählte Vertretung)

Nachweisdokument: (z.B. Geburtsurkunde vom Kind, Einantwortungsurkunde von Erben, Vorsorgevollmacht, Spezialvollmacht, Bestellungsbeschluss gerichtl. Erwachsenenvertretung, Sachwalter-Bestellungsbeschluss nach alter Rechtslage)

Name, Adresse und Geburtsdatum des/der Patienten/in:

**An die
Gemeinsame Schlichtungsstelle der
Privatkrankenanstalten in der Steiermark**
c/o Ärztekammer für Steiermark
z.H. Frau Celina Sauseng (Tel. 0316/8044-47, Fax 0316/8044-130,
E-Mail schlichtung@aekstmk.or.at)
Kaiserfeldgasse 29
8010 Graz

ENTSCHÄDIGUNGSANTRAG

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

Krankenanstalt / Abteilung:
.....

Wann wurde der Schaden verursacht?

Datum:

Wann erlangten Sie Kenntnis?

Datum:

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

Wurde ein Antrag beim Patienten-Entsündigungsfonds beim Amt der Stmk. Landesregierung, Abteilung 8, abgegeben? ja nein

Wurde ein Ersatz für den Schaden zuerkannt? ja nein

Wenn ja, in welcher Höhe?

Wenn ja, von wem?

Bitte schildern Sie den **Sachverhalt** (Art der Behandlung mit Datumsangabe, vermeintliche Fehlbehandlung und Folgen):

(Bitte verwenden Sie – wenn möglich – ein maschinengeschriebenes Beiblatt)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vorhandene Unterlagen (z.B. Befunde oder Ambulanzkarte) bitte in Kopie beilegen.

Röntgenbilder/CT-Aufnahmen odgl. befinden sich in meinen Händen: ja nein
(bildgebendes Material bzw. Unterlagen, die sich in Ihren Händen befinden, sind zum Sitzungstermin mitzubringen)

Ich ersuche um Überprüfung des Antrages und Zuerkennung einer finanziellen Entschädigung.

Mit freundlichen Grüßen

Datum: Unterschrift des/der Antragstellers/in:

Gemeinsame Schlichtungsstelle der Privatkrankenanstalten in der Steiermark

Grundlage ist eine privatrechtliche Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern

Geschäftsstelle: Ärztekammer für Steiermark, 8010 Graz, Kaiserfeldgasse 29

Betrifft: **A N T R A G P**

Gemäß § 4 (4) der Vereinbarung der Schlichtungsstelle (= VdS) werde ich darauf hingewiesen, dass mit dem Tage des Einlangens des Antrages bei der Geschäftsstelle der Schlichtungsstelle bis zum Abschluss des Verfahrens vor der Schlichtungsstelle der Lauf der gesetzlichen Verjährungsfrist gehemmt ist (§ 1496 ABGB und § 58 a Ärztegesetz 1998).

Ich erkläre meine Zustimmung gem. § 4 (4) der VdS zur Hemmung der Verjährung auch über die im § 58 a Ärztegesetz vorgesehenen Dauer von 18 Monaten hinaus, längstens bis zur Beendigung des Schlichtungsverfahrens.

Ich erkläre, dass kein zivilgerichtliches Verfahren anhängig ist und ich vor Beendigung des Schlichtungsverfahrens kein zivilgerichtliches Verfahren einleiten werde sowie, dass kein Schadenersatz durch ein Gericht rechtskräftig zuerkannt oder abgewiesen wurde gem. § 1 u. § 4 (2) der VdS.

Ich erkläre weiters, dass bei der Patienten-Entschädigungskommission kein Antrag zur Bearbeitung vorliegt und, dass ich keinen Geldbetrag von der Patienten-Entschädigungskommission zuerkannt bekommen habe. Eine Entscheidung dieser Schlichtungsstelle liegt aufgrund eines bereits durchgeführten Verfahrens nicht vor gem. § 4 (2) der VdS.

Ich erteile gem. § 4 (7) der VdS die Zustimmung zur Einholung aller den Gesundheitszustand oder die Erkrankung betreffenden schriftlichen Unterlagen und Auskünfte durch die Schlichtungsstelle der Privatkrankenanstalten in der Stmk bei Ärzten, Krankenanstalten und sonstigen Gesundheitseinrichtungen sowie bei der Patienten-Entschädigungskommission und bei den anderen Schlichtungsstellen, deren Geschäftsstellen bei der Ärztekammer für Steiermark eingerichtet sind.

Weiters stimme ich zu, dass die Daten und die meinen Antrag betreffenden Unterlagen an die Krankenanstalt, an einen allfälligen vom Kollegium um Stellungnahme ersuchten Bediensteten einer Krankenanstalt sowie insbesondere an beauftragte Gutachter, an die Patienten-Entschädigungskommission und die Schlichtungsstellen, deren Geschäftsstellen bei der Ärztekammer eingerichtet sind, zur Klärung des Sachverhaltes weitergegeben werden.

Ich erteile meine Zustimmung zur Weitergabe der von mir während des Schlichtungsverfahrens vorgelegten Unterlagen an die Haftpflichtversicherung bzw. an den (Rechts-)Vertreter der betroffenen Krankenanstalt (Antragsgegner).

Erklärung: Laut § 5 (2) der VdS ist die PatientInnen- und Pflegeombudschaft und ein Vertreter der Haftpflichtversicherung zur Schlichtungssitzung einzuladen; laut § 8 der VdS sind allen Beteiligten Kopien der Protokolle auf Verlangen zu übermitteln.

Ich stimme der Weitergabe meiner Daten an die PatientInnen- u. Pflegeombudschaft des Landes Steiermark, 8010 Graz, Friedrichgasse 9, zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrages
 zu. nicht zu. (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Name des/der Antragstellers/in:

Geburtsdatum des/der Antragstellers/in:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des/der Antragstellers/in