

Zustimmungserklärung

Ich

Vor- und Nachname _____

geb. am _____

wohnhaf in _____

ermächtige die

Burgenländische Patienten- und Behindertenanwaltschaft 7000 Eisenstadt, Landhaus Alt, Erdgeschoß

in alle meine Person betreffenden Krankengeschichten und sonstigen Vormerkungen bei Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen, Ärzten und sonstigen Gesundheitseinrichtungen, bzw. in Akten bei Behörden, Gerichten, Sozialversicherungsträgern, Interessensvertretungen, Haftpflichtversicherungen, Rechtsanwälten und sonstigen Einrichtungen volle Einsicht zu nehmen und davon – falls dies von einer Einrichtung oder Person verlangt wird - auf meine Kosten Kopien herzustellen, in meinem Namen Anträge zu stellen, Auskünfte und Stellungnahmen bei zuvor genannten Einrichtungen und Personen einzuholen und Korrespondenzen zu führen, außergerichtliche Schadensregulierungen durchzuführen und sonstige Veranlassungen zur Streitbereinigung zu treffen.

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass die Patienten- und Behindertenanwaltschaft Burgenland auch meine Gesundheitsdaten an die von ihr mit meiner Beschwerde bzw. meinem Anliegen befassten Einrichtungen und Personen in jeder Form (Postweg/Telefax/Mail) weitergeben darf.

Ich entbinde alle von der Patienten- und Behindertenanwaltschaft Burgenland mit meiner Beschwerde bzw. Anliegen befassten Einrichtungen und Personen ausdrücklich von ihrer gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.

Sollte von der Patienten-anwaltschaft ein Gutachten in Auftrag gegeben und darin ein schadenskausaler Behandlungsfehler festgestellt worden sein, verpflichte ich mich für den Fall, dass ich in der Folge meinen Anspruch gegenüber einer Krankenanstalt bzw. deren Rechtsträger, einem Arzt oder einer sonstigen Einrichtung des Gesundheitswesens selbst oder über einen Rechtsanwalt gerichtlich oder außergerichtlich geltend mache, zur Zurückzahlung der der Patienten-anwaltschaft bzw. dem Land Burgenland nachweislich entstandenen Gutachterhonorare.

Weiters erkläre ich, dass in dieser Angelegenheit kein Gerichtsverfahren anhängig ist und kein Rechtsanwalt eingeschaltet wurde. Falls ein Gerichtsverfahren eingeleitet oder ein Rechtsanwalt eingeschaltet wird, werde ich dies umgehend der Patienten-anwaltschaft mitteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass in diesem Fall mein Beschwerdeakt außer Evidenz genommen wird.

Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass die Patienten-anwaltschaft in der Regel meine Beschwerde in einem ersten Schritt an die betroffene Person oder Einrichtung zur Stellungnahme weiterleiten und die erforderlichen Unterlagen anfordern wird. Die Stellungnahme und Unterlagen werden an mich nach Einlangen von der Patienten-anwaltschaft übermittelt und ich werde zu einem Gespräch über die Festlegung der weiteren Vorgangsweise eingeladen werden.

Ort, Datum

Unterschrift