

# Zustimmungserklärung

Ich

Vor- und Nachname \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

als gesetzlicher oder bestellter Vertreter bzw. Vertrauensperson von

Patient(in) \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_

ermächtigte die

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

in alle 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 die Gesundheitsdaten an die von ihr mit der Beschwerde bzw. dem Anliegen befassten Einrichtungen und Personen in jeder Form (Postweg/Telefax/Mail) weitergeben darf.

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

Sollte von der Patientenanwaltschaft ein Gutachten in Auftrag gegeben und darin ein schadenskausaler Behandlungsfehler festgestellt worden sein, verpflichte ich mich für den Fall, dass ich in der Folge den 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 Patientenanwaltschaft 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 Patientenanwaltschaft mitteilen. Ich nehme zur Kenntnis, dass in diesem Fall der Beschwerdeakt außer Evidenz genommen wird.

Weiters nehme ich zur Kenntnis, dass die Patientenanwaltschaft in der Regel die 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 Patientenanwaltschaft übermittelt und ich werde zu einem Gespräch über die Festlegung der weiteren Vorgangsweise eingeladen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift