

**Gemeinsame Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark,
der Landes Zahnärztekammer Steiermark und der Stmk.
Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes)**

Geschäftsstelle: Ärztekammer für Steiermark, 8010 Graz, Kaiserfeldgasse 29

**Entschädigungsantrag
... S**

Antragsteller*in (Angaben zur betroffenen Person):

Nachname:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon/E-Mail:

Beruf (zum Zeitpunkt der unten angeführten Behandlung im Krankenhaus):

.....

Gesetzliche(r) / bevollmächtigte(r) Vertreter*in:

(z.B. Obsorgeberechtigte*r, Erwachsenenvertreter*in, Erbe, Vorsorgebevollmächtigte*r, gewählte Vertretung)

Vor- u. Nachname:

Rechtsstellung/ -verhältnis zum(zur) Patienten*in:

.....

Adresse:

Telefon/E-Mail:

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

In welcher Landeskrankenanstalt in der Steiermark (LKH) wurde der Schaden verursacht?

LKH / Abteilung / Universitätsklinik (nur bei LKH Univ.-Klinikum Graz):

-
-
-
-
-

Wann wurde der Schaden verursacht?

Datum:

Wann erlangten Sie Kenntnis darüber?

Datum:

Wurde ein Antrag beim Patienten-Entschädigungsfonds beim Amt der Stmk. Landesregierung abgegeben?

ja nein

Wenn ja, wurde dort ein Ersatz für den Schaden zuerkannt? ja nein

Wenn ja, in welcher Höhe? Euro

Ist ein Zivilgerichtsverfahren oder ein Verfahren mit einem (auch privaten) Versicherungsträger anhängig oder bereits abgeschlossen?

ja nein

Wenn ja, wurde dort ein Ersatz für den Schaden zuerkannt? ja nein

Wenn ja, in welcher Höhe? Euro

Wurde Ihnen von einer sonstigen Person/Institution bereits ein Ersatz für den Schaden zuerkannt?

ja nein

Wenn ja, von wem und in welcher Höhe?

.....
.....

.....

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

< bitte verwenden Sie hierfür ein Beiblatt (wenn möglich maschinengeschrieben) >

- ✓ Vorhandene Krankenunterlagen bzw. sonstige Nachweisdokumente (z.B. Rechnungen über Medikamente/Behandlungen usw.) bitte immer in Kopie beilegen.
- ✓ Vorhandenes bildgebendes Material (z.B. Röntgenbilder/CT-Aufnahmen) ist in der ersten Sitzung vorzulegen.

Begehren:

Bitte beziffern Sie Ihren Schaden / Ihre Ansprüche oder ersuchen Sie ganz allgemein um Überprüfung des Sachverhaltes und Zuerkennung einer finanziellen Entschädigung.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datenschutzrechtliche Information und Einwilligung¹ sowie Erklärung gemäß der Geschäftsordnung

Ich erteile gemäß § 6 Abs. 6 der Geschäftsordnung der Gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark, der Landes Zahnärztekammer Steiermark und der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes)² meine **Einwilligung zur Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und Informationen, die zur Durchführung eines Schlichtungsverfahrens erforderlich sind, an die Gemeinsame Schlichtungsstelle** und deren **Kommissionsmitglieder**.

Insbesondere bin ich ausdrücklich mit der **Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten**, die nach der Datenschutz-Grundverordnung, dem Datenschutzgesetz, dem Stmk. Krankenanstaltengesetz, dem Ärztegesetz oder nach sonstigen Rechtsvorschriften einer Weitergabebeschränkung oder der Verschwiegenheitspflicht unterliegen, durch die Gemeinsame Schlichtungsstelle einverstanden.

Ebenso erteile ich meine **Einwilligung zur Weitergabe meiner Daten und der meinen Antrag betreffenden Unterlagen** an

- die **KAGes** als Partei im Schlichtungsverfahren
- das **Land Steiermark** als Verfahrensbeteiligte
- die **PatientInnen- und Pflegeombudsschaft** des Landes Steiermark als meine beratende/begleitende Einrichtung im Verfahren
- im Schlichtungsverfahren **beauftragte Gutachter*innen**
- eine/n allfällige/n von der Schlichtungskommission um Stellungnahme zur Klärung des Sachverhaltes ersuchte/n **Mitarbeiter*in einer Landeskrankenanstalt der KAGes**.

Für den Fall, dass ich rechtsanwaltlich vertreten bin:

Ich bin mit der 1) **Weitergabe meiner oben angeführten Daten** an die **PatientInnen- und Pflegeombudsschaft des Landes Steiermark**, 8010 Graz, Friedrichgasse 9, sowie 2) deren **Teilnahme an den Schlichtungssitzungen** zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrages³ ausdrücklich einverstanden.

Bitte ankreuzen: ja nein

Sofern meine personenbezogenen Daten bereits in einem Verfahren vor der **Patienten-Entschädigungskommission des Patienten-Entschädigungs-Fonds** oder einer anderen **Schlichtungsstelle** verarbeitet wurden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese Daten (schriftlichen Unterlagen und Informationen) durch die **Gemeinsame Schlichtungsstelle angefordert und an diese übermittelt** werden.

¹ Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO

² Rechtsgrundlage: Geschäftsordnung der Gemeinsamen Schlichtungsstelle der Ärztekammer für Steiermark, der Landes Zahnärztekammer Steiermark und der Stmk. Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (KAGes)

³ Rechtsgrundlage: Gesetz vom 13. Mai 2003 über die Patientinnen-/Patienten- und Pflegevertretung (Patientinnen-/Patienten- und Pflegeombudsschaft)

Gemäß § 6 Abs. 5 der Geschäftsordnung erkläre ich, dass bis zur Antragstellung in derselben Sache **kein zivilgerichtliches Verfahren eingeleitet** wurde und vor Beendigung des Schlichtungsverfahrens nicht eingeleitet wird. Ich nehme zur Kenntnis, dass **in diesem Fall kein Schlichtungsverfahren eingeleitet** bzw. **ein laufendes Schlichtungsverfahren umgehend eingestellt wird**.

Ich erkläre weiters, dass ich in derselben Sache **bei der Patienten-Entschädigungskommission** des Patienten-Entschädigungsfonds des Land Steiermark **keinen Antrag eingebracht habe** und ich **keinen Geldbetrag von der Patienten-Entschädigungskommission zuerkannt bekommen habe**. Falls dies der Fall sein sollte, ist die Einleitung eines Schlichtungsverfahrens ausgeschlossen.

Ich werde hiermit informiert, dass meine Daten für einen **Zeitraum von zumindest 10 Jahren aufbewahrt bzw. gespeichert werden**. Des Weiteren werde ich informiert, dass ich meine datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärungen jederzeit **widerrufen** kann, was allerdings zur Einstellung eines laufenden Verfahrens führen würde.

Wir weisen Sie auf das Recht auf **Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung** der Verarbeitung und das **Widerspruchsrecht** gegen die Verarbeitung sowie auf das Recht auf **Datenübertragbarkeit** hinsichtlich der von Ihnen zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten gemäß DS-GVO bzw. Datenschutzgesetz hin. Weiters besteht ein Beschwerderecht bei der zuständigen Datenschutzbehörde.

Kontaktieren Sie diesbezüglich bitte die Datenschutzbeauftragte der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (E-Mail: datenschutz@kages.at, Tel. 0316-340/5115).

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich mit der oben beschriebenen **Verwendung meiner Daten einverstanden** bin und dass meine **Erklärungen vollständig und richtig** sind.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller*in:

Gesetzliche(r)/bevollmächtigte(r) Vertreter*in des/der Antragsteller*in⁴:

Ort, Datum:

Unterschrift:

⁴ sofern zutreffend