

Antrag um Schlichtung im Arzthaftungsbereich

gemäß Art. 4/bis des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung,
und Dekret des Landeshauptmanns vom 18. Jänner 2007, Nr. 11

Jahr

Stempelmarke

16,00 Euro

An die
Schlichtungskommission
in Arzthaftungsfragen
Autonome Provinz Bozen - Südtirol
Abteilung 23 – Gesundheitswesen
Kanonikus-Michael-Gamper-Straße, 1
39100 Bozen (BZ)
Tel. 0471 41 80 27, Fax 0471 41 80 39
E-Mail: arzthaftung@provinz.bz.it
PEC: gesundheitswesen.sanita@pec.prov.bz.it

Antragstellerin/Antragsteller

Zuname Vorname

Geburtsort Provinz Staat

Geburtsdatum .. Geschlecht männlich weiblich

Wohnhaft in PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nummer

Staatsangehörigkeit Telefon

Handy Fax

E-Mail PEC

Steuernummer

Patient (nur falls von der Antragstellerin/vom Antragsteller verschieden (zum Beispiel minderjähriger Patient oder verstorbener Patient); Nachweis über die Vertretungsbefugnis beilegen (zum Beispiel Selbsterklärung über das Verwandtschaftsverhältnis, Erbbescheinigung))

Zuname Vorname

Geburtsort Provinz Staat

Geburtsdatum .. Geschlecht männlich weiblich

Steuernummer

Verhältnis zur Antragstellerin/zum Antragsteller

Vertreter (Vollmacht beilegen)

Zuname Vorname

Mit Anschrift/Sitz in PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nummer

Telefon Handy Fax

E-Mail PEC

Gegenpartei/en (ein Arzt oder mehrere Ärzte oder aber ein Arzt oder mehrere Ärzte und eine Gesundheitseinrichtung)

Arzt/Ärzte

1) Zuname Vorname

Abteilung/Dienst Krankenhaus/Privatklinik

Mit Praxis in PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nummer

2) Zuname Vorname

Abteilung/Dienst Krankenhaus/Privatklinik

Mit Praxis in PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nummer

3) Zuname Vorname

Abteilung/Dienst Krankenhaus/Privatklinik

Mit Praxis in PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nummer

4) Zuname Vorname

Abteilung/Dienst Krankenhaus/Privatklinik

Mit Praxis in PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nummer

Für den Fall, dass man weitere Ärzte anführen wollte, ist Anlage A auszufüllen.

Gesundheitseinrichtung (nur bei Bestehen eines beruflichen Verhältnisses mit einem oder mehreren oben oder in der Anlage A angeführten Ärzten auszufüllen)

Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen

Gesundheitsbezirk

Krankenhaus

Gesundheitssprengel/Sprengelstützpunkt

Privatklinik

PLZ Ort

Provinz

Straße/Platz Nummer

Sprache des Schlichtungsverfahrens

deutsch italienisch

Gegenstand des Antrags

Die Antragstellerin/Der Antragsteller beantragt die Eröffnung eines Schlichtungsverfahrens vor dieser Schlichtungsstelle zwecks Anerkennung des Anspruchs auf Ersatz aller Schäden, die auf einen angenommenen Fehler in der Diagnose oder in der Behandlung oder in der Diagnose und Behandlung oder aber auf die unterlassene oder nicht korrekt vorgenommene Aufklärung zurückzuführen sind, so wie im Folgenden näher präzisiert.

1) Kurze, aber genaue Beschreibung des Vorgefallenen (bitte Anlage B ausfüllen)

2) Angabe des beanstandeten Verhaltens, wobei für jedes Verhalten der Name des für verantwortlich gehaltenen Arztes und die Gründe für die Beanstandung des Verhaltens unter dem Gesichtspunkt der beruflichen Sorgfalt anzuführen sind (bitte Anlage C ausfüllen)

3) Genaue Beschreibung des erlittenen Schadens und monetäre Bezifferung des Schadens (bitte Anlage D ausfüllen)

Erklärungen und sonstige Angaben

Zwecks Einleitung dieses Schlichtungsverfahrens erklärt die Antragstellerin/der Antragsteller:

a) die Ärzte und Verantwortlichen der Gesundheitseinrichtung von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber der Schlichtungsstelle, dem Sachverständigen der Schlichtungsstelle, dem Dienst für Rechtsmedizin oder der Ärztlichen Leitung des Sanitätsbetriebs, des Gesundheitsbezirks oder des Krankenhauses sowie gegenüber der Volksanwaltschaft zu entbinden,

b) die Ärzte und die Gesundheitseinrichtung zu ermächtigen, der Schlichtungsstelle, auf deren Anfrage hin, sämtliche Unterlagen zu den zugunsten der Patientin/des Patienten erbrachten gesundheitlichen Leistungen zu übermitteln,

c) dass in der Angelegenheit, die Gegenstand des Verfahrens vor der Schlichtungsstelle ist, kein zivil- oder strafrechtliches, auch noch nicht rechtskräftiges Urteil der ordentlichen Gerichtsbarkeit ergangen ist, dass kein zivilrechtliches oder strafrechtliches Verfahren vor derselben Gerichtsbehörde anhängig ist, und dass die Streitigkeit nicht durch Vergleich einer Lösung zugeführt worden ist,

d) darüber informiert worden zu sein, dass sie/er sich im Verfahren vor der Schlichtungsstelle von einer Person ihres/seines Vertrauens oder von der Volksanwaltschaft vertreten lassen kann oder Beistand erhalten kann; die Volksanwaltschaft kann in jenen Fällen tätig werden, in denen eine Einrichtung des

Landesgesundheitsdienstes in den Fall verwickelt ist oder ein mit dem Landesgesundheitsdienst vertraglich gebundener Arzt/eine vertraglich gebundene Ärztin oder Gesundheitseinrichtung,

e) zur Kenntnis genommen zu haben, dass das Verfahren vor der Schlichtungsstelle nicht geeignet ist, eine Verjährung der vor der Schlichtungsstelle geltend gemachten Rechte gegebenenfalls zu unterbrechen,

f) darüber informiert worden zu sein, dass das Verfahren vor der Schlichtungsstelle mit Ausnahme der vorgeschriebenen Stempelsteuer und der Ausgaben für gegebenenfalls namhaft gemachte Verfahrensbeistände und Parteisachverständige unentgeltlich ist; sie/er erklärt außerdem, die Kosten für die Sachverständige bzw. den Sachverständigen der Schlichtungsstelle zu übernehmen, falls sie/er nach der Entscheidung der Schlichtungsstelle, das Gutachten einzuholen, das Verfahren vor der Schlichtungsstelle nicht fortführt,

g) der Schlichtungsstelle eine Abschrift des Vergleichs zu übermitteln, falls die Angelegenheit, für die das Verfahren vor der Schlichtungsstelle eröffnet worden ist, außerhalb des Verfahrens mit einem außergerichtlichen Vergleich zwischen den Parteien abgeschlossen worden sein sollte.

Anlagen

Klinische Dokumentation (chronologisch geordnet)

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)
- 9)
- 10)
- 11)
- 12)
- 13)
- 14)
- 15)

Sonstige Unterlagen

- 1) eventuelle Vertretungsvollmacht
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)

Information gemäß Datenschutzkodex (gesetzesvertretendes Dekret vom 30. Juni 2003, Nr. 196, in geltender Fassung)

Rechtsinhaberin der Datenverarbeitung ist die Autonome Provinz Bozen. Die übermittelten Daten werden von der Landesverwaltung, auch in elektronischer Form, für die Erfordernisse des Artikels 4/bis des Landesgesetzes vom 5. März 2001, Nr. 7, in geltender Fassung, und des D. LH vom 18. Jänner 2007, Nr. 11, zum Zwecke der außergerichtlichen Beilegung eines Streits in Bezug auf einen angenommenen ärztlichen Fehler in der Diagnose oder in der Behandlung oder in der Diagnose und Behandlung oder aber in Bezug auf die unterlassene oder nicht korrekt vorgenommene Aufklärung verarbeitet. Verantwortlich für die Verarbeitung ist die Direktorin/der Direktor *pro tempore* der Landesabteilung Gesundheitswesen. Die Daten müssen zum Zweck der Vornahme der Verwaltungsaufgaben bereitgestellt werden. Bei Verweigerung können die vorgebrachten Anliegen und Anträge nicht bearbeitet werden. Die Antragstellerin/Der Antragsteller erhält auf Anfrage gemäß Artikel 7, 8, 9 und 10 des gesetzesvertretenden Dekrets vom 30. Juni 2003, Nr. 196, in geltender Fassung, Zugang zu ihren/seinen Daten, kann Auszüge davon anfordern und Auskünfte darüber einholen und kann die Aktualisierung, Löschung, Anonymisierung oder Sperrung der Daten verlangen, sofern die gesetzlichen Voraussetzungen dafür bestehen.

Die Antragstellerin/Der Antragsteller erklärt, die oben genannte Information gemäß Datenschutzkodex gelesen und verstanden zu haben und die Einwilligung zur Verarbeitung der persönlichen und sensiblen Daten zu erteilen.

Die Antragstellerin/Der Antragsteller

ermächtigt

verweigert

außerdem die Verwendung, in völlig anonymer Form und zum einzigen Zweck, die Bekanntheit der von der Autonomen Provinz Bozen errichteten Schlichtungseinrichtung zu fördern, der Informationen rund um die Sachverhalte, die den Verfahren vor der Schlichtungsstelle zugrunde liegen. Für den Fall einer Ermächtigung können diese Informationen zum Beispiel bei Kongressen oder in Zeitungen und Zeitschriften mitgeteilt/veröffentlicht werden.

Ich wünsche, dass die für das Schlichtungsverfahren relevanten Mitteilungen ausschließlich über zertifizierte elektronische Post (PEC) erfolgen.

Ich erkläre meine PEC-Adresse:

Ort und Datum

Unterschrift

.....

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

.....
(leserliche Unterschrift der Antragstellerin/des Antragstellers)

Gegenpartei/en (ein Arzt oder mehrere Ärzte oder aber ein Arzt oder mehrere Ärzte und eine Gesundheitseinrichtung)

Arzt/Ärzte

5) Zuname Vorname

Abteilung/Dienst Krankenhaus/Privatklinik

Mit Praxis in PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nummer

6) Zuname Vorname

Abteilung/Dienst Krankenhaus/Privatklinik

Mit Praxis in PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nummer

7) Zuname Vorname

Abteilung/Dienst Krankenhaus/Privatklinik

Mit Praxis in PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nummer

8) Zuname Vorname

Abteilung/Dienst Krankenhaus/Privatklinik

Mit Praxis in PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nummer

9) Zuname Vorname

Abteilung/Dienst Krankenhaus/Privatklinik

Mit Praxis in PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nummer

