



**Gesundheitseinrichtung** (nur auszufüllen falls die Ärztin/der Arzt ihre/seine berufliche Tätigkeit bei einer öffentlichen oder privaten Gesundheitseinrichtung ausübt)

- Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen  
Gesundheitsbezirk .....
- Krankenhaus .....
- Gesundheitssprengel/Sprengelstützpunkt .....
- Privatklinik .....
- PLZ       Ort ..... Provinz
- Straße/Platz ..... Nummer .....

**Gegenpartei** (Patientin/Patient; die mit Sternchen versehenen Felder sind zwingend auszufüllen)

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

### Sprache des Schlichtungsverfahrens

- deutsch  italienisch

### Gegenstand des Antrags

Die antragstellende Ärztin/Der antragstellende Arzt beantragt die Eröffnung eines Schlichtungsverfahrens vor dieser Schlichtungsstelle zwecks Bewertung eines Streits, der einen angenommenen Fehler in der Diagnose oder in der Behandlung oder in der Diagnose und Behandlung oder aber die unterlassene oder nicht korrekt vorgenommene Aufklärung betrifft, so wie im Folgenden näher präzisiert.

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

**2) Angabe des von der Gegenpartei beschriebenen Gesundheitsschadens sowie des von der Gegenpartei unter dem Gesichtspunkt der beruflichen Sorgfalt beanstandeten Verhaltens und entsprechende Gegendarstellung (bitte Anlage B ausfüllen)**

**Erklärungen und sonstige Angaben**

Zwecks Einleitung dieses Schlichtungsverfahrens erklärt die antragstellende Ärztin/der antragstellende Arzt:

- a) 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,
- b) darüber informiert worden zu sein, dass sie/er sich im Verfahren vor der Schlichtungsstelle von einer Person ihres/seines Vertrauens vertreten lassen kann oder Beistand erhalten kann,
- c) 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 den Sachverständigen bzw. die Sachverständige der Schlichtungsstelle zu übernehmen, falls sie/er nach der Entscheidung der Schlichtungsstelle, das Gutachten einzuholen, das Verfahren vor der Schlichtungsstelle nicht fortführt,
- d) 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** (Solange keine Ermächtigung der Patientin bzw. des Patienten oder der Erben vorliegt, dürfen keine für das Verfahren vor der Schlichtungsstelle relevanten Unterlagen beigelegt werden (ärztliche Unterlagen, die für die Rekonstruktion des Sachverhalts und für den Nachweis, dass kein Behandlungsfehler vorliegt oder für den Nachweis, dass der Schaden nicht auf eine nicht oder nicht ordnungsgemäß erfolgte Aufklärung zurückzuführen ist, nützlich sind). Das Sekretariat der Schlichtungsstelle wird sich bei der Patientin/dem Patienten erkundigen, ob diese/dieser am Verfahren vor der Schlichtungsstelle teilnehmen will. Falls diese Absicht besteht, fordert das Sekretariat die Patientin/den Patienten oder die Erben auf, die Antrag stellende Partei zu ermächtigen, die ärztliche Dokumentation beim Sitz der Schlichtungsstelle zu hinterlegen, die Einwilligung zur Verarbeitung der persönlichen und sensiblen Daten in Zusammenhang mit dem Streit zu erteilen und die Ärzte und die Verantwortlichen der Gesundheitseinrichtung von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber der Schlichtungsstelle und des/der Sachverständigen derselben zu entbinden.)

**Klinische Dokumentation (chronologisch geordnet, nur nach entsprechender Ermächtigung durch die Gegenpartei beizulegen)**

- 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 antragstellende Ärztin/Der antragstellende Arzt erklärt, die oben genannte Information gemäß Datenschutzkodex gelesen und verstanden zu haben und die Einwilligung zur Verarbeitung der persönlichen und sensiblen Daten zu erteilen.

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 antragstellenden Ärztin/des antragstellenden Arztes)



