

An den
NÖ Patienten-Entschädigungsfonds
c/o NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft
Landhausplatz 1, Haus 13
3109 St. Pölten

Eingangsvermerk

**Antrag auf außergerichtliche Überprüfung
für eine Entschädigung aus dem
NÖ Patienten-Entschädigungsfonds**

Patientin/Patient

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Wohnadresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Vertreterin/Vertreter (wenn nicht betroffene Person selbst)

Name: _____ Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Wohnadresse: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Im Verhältnis zur betroffenen Person bin ich:

- bevollmächtigte Person (Vollmacht bitte beilegen)
- vorsorgebevollmächtigte Person (Bestätigung bitte beilegen)
- Erwachsenenvertreterin/Erwachsenenvertreter (Bestätigung bitte beilegen)
- Sorge- und erziehungsberechtigte Person
- Rechtsanwältin/Rechtsanwalt
- Hinterbliebene/Hinterbliebener nahe/r Angehörige/Angehöriger
- Vertrauensperson (betroffene Person muss selbst unterschreiben)

- Kontaktaufnahme und Korrespondenz soll mit der Vertreterin/dem Vertreter bzw. der Vertrauensperson erfolgen.

Betroffene Krankenanstalt

In welcher Krankenanstalt erfolgte die Behandlung, auf die sich Ihr Antrag auf Entschädigung bezieht?

Name: _____ betroffene Abteilung/betroffener Bereich: _____

Datum der Aufenthalte bzw. Behandlungen (von - bis): _____

Darstellung aus Sicht der betroffenen Person

Hier haben Sie die Möglichkeit ausführlichere Angaben zu Ihrem Antrag zu machen:

Ich bestätige, dass in derselben Sache derzeit kein zivilgerichtliches Verfahren anhängig ist

Datum: _____

Unterschrift der Patientin/des Patienten
oder des Vertreters/der Vertreterin
Bei Vertretung: bitte Bestätigung über
die Vertretungsbefugnis beilegen

Weitere Gesundheitsdiensteanbieter (nicht von der Beschwerde betroffen)

Damit wir Ihren Antrag eingehend prüfen können, ist es erforderlich, die Unterlagen von allen Einrichtungen (Krankenanstalten, Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Rettung, ...) einzuholen, bei denen Sie in Behandlung waren. Nur so erhalten wir ein vollständiges Bild über Ihre Behandlung. Bitte nennen Sie uns alle Stellen, die Sie im Zusammenhang mit Ihrer gegenständlichen Erkrankung aufgesucht haben.

Name der Einrichtung und Abteilung/Bereich Ort:

Datum der Behandlung:

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Sofern es in Ihrer Angelegenheit bereits Gutachten gibt, legen Sie bitte eine Kopie davon Ihrem Antrag bei.