

Erklärung des Patienten/der Patientin oder der Rechtsnachfolger des Patienten/der Patientin

Der/Die unterfertigte Patient/in bzw. der/die unterfertigte gemeinsame Bevollmächtigte der Rechtsnachfolger des Patienten/der Patientin

erklärt

- a) seine/ihre Bereitschaft, am Verfahren vor der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich aktiv teilnehmen zu wollen,
- b) das Gesundheitspersonal und gegebenenfalls die Verantwortlichen der Gesundheitseinrichtung von der beruflichen Schweigepflicht gegenüber der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich und dem Sekretariat, dem/der allfällig ernannten Sachverständigen der Schlichtungsstelle, dem Dienst für Rechtsmedizin oder der Ärztlichen Leitung sowie den mit dem Fall betrauten Verwaltungssachbearbeitern des Südtiroler Sanitätsbetriebs oder den entsprechenden Stellen der betroffenen privaten Einrichtung, falls zutreffend, ausdrücklich zu entbinden,
- c) das Gesundheitspersonal und die gegebenenfalls betroffene Gesundheitseinrichtung hiermit zu ermächtigen, der Schlichtungsstelle für Haftungsfragen im Gesundheitsbereich, auch auf deren Antrag hin, sämtliche Unterlagen zu den zu Gunsten des Patienten/der Patientin erbrachten gesundheitlichen Leistungen, die Gegenstand des Schlichtungsverfahrens sind, zu übermitteln,
- d) in die Information über die Verarbeitung der personenbezogenen Daten, die der/die Antragsteller/in erhalten hat, Einsicht genommen zu haben und die Übermittlung und Sammlung sowie die Mitteilung der auch sensiblen Daten an die in der Information angeführten Datenempfänger ausdrücklich zu ermächtigen,
- e) die Zustimmung zur Verwendung der Informationen rund um den Sachverhalt, der dem Verfahren vor der Schlichtungsstelle zugrunde liegt, in völlig anonymer Form und zum einzigen Zweck, die Bekanntheit der vom Land Südtirol errichteten Schlichtungseinrichtung zu fördern,

zu erteilen zu verweigern

Nur für den Fall einer entsprechenden Ermächtigung sowohl durch Antragsteller/in als auch durch Patient/in oder der Rechtsnachfolger des Patienten/der Patientin können diese Informationen zum Beispiel bei Kongressen oder in Zeitungen und Zeitschriften mitgeteilt/veröffentlicht werden.

Der/Die Patient/in
Der/Die Bevollmächtigte der Rechtsnachfolger
des Patienten/der Patientin

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

.....

Unterschrift