



Amt der Tiroler Landesregierung

**Tiroler Patientenvertretung**

## EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit gebe ich meine Zustimmung für die Abhandlung meines Antrages vor der **Schiedsstelle in Arzthaftpflichtfragen** (ärztliche Schlichtungsstelle) bei der Ärztekammer für Tirol in Innsbruck.  
Ich ermächtige diese, alle diesen Fall betreffenden medizinischen Unterlagen einzuholen und darin Einsicht zu nehmen.

### AntragstellerIn:

Vor- und Zuname
Adresse
telefonisch erreichbar unter

....., am .....

.....

Unterschrift