



Antrag auf Entschädigung
nach dem Tiroler Patientenentschädigungsfonds-Gesetz
an die Entschädigungskommission im Wege
des Entschädigungsbeauftragten

*(Bitte deutlich lesbar schreiben, bei Platzmangel im Formular auf angefügte Beilagen verweisen
sowie Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen.)*

*(Alle in geschlechtsspezifischer Form angeführten Formulierungen
gelten für Männer und Frauen in gleicher Weise.)*

1. Patientenbezogene Angaben:

1.1 Persönliche Daten:

Vor- und Zuname	geboren am
Adresse	Beruf
telefonisch erreichbar unter	e-mail
Kontonummer	Konto lautend auf
Bankleitzahl (BLZ)	Bank

1.2 Vertretungsperson

(für den Fall, dass sich der Patient nicht selbst vertreten kann oder will):

Vor- und Zuname	Verhältnis zum Patienten (z.B. Mutter, Vater, Sachwalter, sonstiger Vertreter)
Adresse	telefonisch erreichbar unter
	e-mail

2. Angaben zum Schaden, der durch die Behandlung entstanden ist:

2.1 Wodurch ist der Schaden entstanden?

(Bitte schildern Sie möglichst genau den Zeitraum und die Art der Behandlung, den Grund der Beschwerde, die Krankenanstalt, die Abteilung, den behandelnden Arzt und die Folgen der Behandlung.)

--

2.2 Worin besteht Ihr konkreter Schaden?

a) gesundheitliche Nachteile

<input type="checkbox"/> Schmerzen: Dauer?
<input type="checkbox"/> zusätzlich notwendige Behandlungen: welche?
<input type="checkbox"/> körperliche Beeinträchtigungen: welche?
<input type="checkbox"/> verzögerte Heilung oder Verunstaltung: welche?
<input type="checkbox"/> Sonstiges:

b) psychische Beeinträchtigungen

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche?
--

c) finanzielle Nachteile

<input type="checkbox"/> Fahrtkosten	€
<input type="checkbox"/> Selbstbehalte	€
<input type="checkbox"/> Heilungskosten (Therapien, Medikamente)	€
<input type="checkbox"/> Heilbehelfe	€
<input type="checkbox"/> Verdienstentgang	€
<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe	€
<input type="checkbox"/> Sonstiges	€

d) sonstige Nachteile

<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche?
--

3. Angaben zur Nachbehandlung:

3.1 Von welchen Ärzten und in welchen Krankenanstalten sind Sie seit dem behaupteten Behandlungsfehler untersucht bzw. behandelt worden?

--

3.2 Wann haben diese Behandlungen stattgefunden?

--

4. Ergänzungen zur Sachverhaltsermittlung:

4.1 Ist bereits ein Gerichtsverfahren anhängig?

ja nein

wenn ja: Bitte geben Sie Name und Anschrift Ihres Rechtsanwaltes an.

4.2 Gibt es in dieser Angelegenheit bereits ein Sachverständigen-Gutachten?

ja nein

wenn ja: Bitte stellen Sie uns dieses zur Verfügung.

4.3 Wurde bereits ein Antrag bei der Schiedsstelle in Arzthaftpflichtfragen eingebracht?

ja nein

4.4 Haben Sie sonst (schriftlich) einen Schaden gegenüber dem Rechtsträger der Krankenanstalt geltend gemacht?

(z.B. über die Tiroler Patientenvertretung)

ja nein

wenn ja: Bitte legen Sie eine Kopie des Schreibens bei.

4.5 Zusätzlich wird Folgendes ausgeführt:

5. Verpflichtungserklärung

Die obigen von mir gemachten Angaben entsprechen der Wahrheit.

Ich verpflichte mich, gewährte Entschädigungsleistungen zurückzuzahlen, wenn sich nachträglich herausstellt, dass die Voraussetzungen für die Gewährung einer Entschädigung nicht vorgelegen haben oder nachträglich weggefallen sind oder wenn im Rechtswege oder außergerichtlich ein Schadenersatzanspruch oder eine Entschädigung zuerkannt wurde.

Weiters verpflichte ich mich, allfällige zuerkannte finanzielle Leistungen im Zusammenhang mit dem Schadensfall dem Tiroler Patientenentschädigungsfonds schriftlich mitzuteilen.

....., am

.....

Unterschrift