



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. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Tiroler Patientenvertretung meine Krankengeschichte/Behandlungsunterlagen sowie den von Seiten der Patientenvertretung geführten Schriftverkehr der Schiedsstelle in Arzthaftpflichtfragen übermittelt.

AntragstellerIn:

Vor- und Zuname
Adresse
telefonisch erreichbar unter

....., am

.....

Unterschrift