

An die
Steiermärkische Krankenanstaltenges.m.b.H
KAGes - Zentralklinik
Stabsstelle Recht
Stiftingtalstraße 4-6
8010 Graz

E-Mail: recht@kages.at

Entschädigungsbegehren

Antragsteller*in (Angaben zur betroffenen Person):

Nachname:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon/E-Mail:

Beruf (zum Zeitpunkt der unten angeführten Behandlung im Krankenhaus)

Datum des Ablebens bei verstorbenen Personen:

Gesetzliche* / bevollmächtigte* Vertreter/in:

(z.B. Obsorgeberechtigte*r, Erwachsenenvertreter*in, Erbe*Erbin, Vorsorgebevollmächtigte*r, gewählte Vertretung)

Vor- u. Nachname:

Rechtsstellung/ -verhältnis zum/zur Patienten*Patientin:

Adresse:

Telefon/E-Mail:

Nachweisdokument:

(z.B. Geburtsurkunde von Kindern, Einantwortungsurkunde von Erben*Erbeninnen, Vorsorgevollmacht, Spezialvollmacht, Beststellungsbeschluss gerichtliche Erwachsenenvertretung, Sachwalter-Beststellungsbeschluss nach alter Rechtslage)

In welcher Landeskrankenanstalt in der Steiermark (LKH) wurde der Schaden verursacht?

LKH / Abteilung / Universitätsklinik (nur LKH-Univ. Klinikum Graz):

- ✓
- ✓
- ✓

Wann wurde der Schaden verursacht?

Datum:

Wann erlangten Sie Kenntnis?

Datum:

Werden Sie in dieser Angelegenheit bereits von **der PatientInnen- und Pflegeombudsschaft des Landes Steiermark (PPO)** beraten und unterstützt?

☐ ja ☐ nein

Wenn **ja**, wird die weitere Korrespondenz über die PPO geführt.

Wenn **nein**, möchten Sie, dass Ihr Entschädigungsbegehren an die PPO zu Ihrer kostenlosen Beratung und Unterstützung weitergeleitet wird?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, kontaktieren Sie bitte zeitnah die PPO unter +43(316)877-3350 bzw. ppo@stmk.gv.at.

Wurde ein Antrag **beim Patienten-Entschädigungsfonds beim Amt der Stmk. Landesregierung, Fachabteilung 8 A**, abgegeben?

☐ ja ☐ nein

Wurde dort ein Ersatz für den Schaden zuerkannt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, in welcher Höhe?

Bitte schildern Sie den Sachverhalt: (Art der Behandlung mit Datumsangabe, vermeintliche Fehlbehandlung und deren nachteilige Folgen)

< *bitte verwenden Sie hierfür ein Beiblatt (wenn möglich maschinengeschrieben)* >

- ✓ Vorhandene Krankenunterlagen bzw. sonstige Nachweisdokumente (z.B. Rechnungen über Medikamente/Behandlungen usw.) bitte immer in Kopie beilegen.

Begehren:

Bitte beziffern Sie Ihren Schaden / Ihre Ansprüche oder ersuchen Sie ganz allgemein um Überprüfung des Sachverhaltes und Zuerkennung einer finanziellen Entschädigung.

.....

.....

.....

.....

.....

Datenschutzrechtliche Information und Einwilligung¹

Zur außergerichtlichen Überprüfung Ihrer Schadenersatzansprüche ist die **Einwilligung zur Weitergabe und Verarbeitung Ihrer personenbezogenen (Gesundheits-)daten und Informationen**, die nach der Datenschutz-Grundverordnung, dem Datenschutzgesetz, dem Stmk. Krankenanstaltengesetz, dem Ärztegesetz 1998 oder nach sonstigen Rechtsvorschriften einer Weitergabebeschränkung oder der Verschwiegenheitspflicht unterliegen, **erforderlich**.

Ihre **Daten und die Ihren Antrag betreffenden Unterlagen** werden an folgende Empfänger weitergeleitet:

- ✓ (falls Sie dies wünschen, siehe oben) die **PatientInnen- und Pflegeombudsschaft** des Landes Steiermark in Ihrer Funktion als Beratung/Unterstützung,
- ✓ anlässlich dieser Überprüfung **beauftragte Gutachter*innen**,
- ✓ eine*n allfällige*n um Stellungnahme zur Klärung des Sachverhaltes ersuchte*n **Mitarbeiter*in einer Landeskrankenanstalt der KAGes**.

Sie werden hiermit informiert, dass Ihre Daten für einen **Zeitraum von 30 Jahren aufbewahrt bzw. gespeichert werden**.

Des Weiteren werden Sie informiert, dass Sie einzelne oder alle datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärungen jederzeit **widerrufen** können. Im Fall eines Widerrufs dürfen diese Daten nicht mehr verwendet werden. Dies kann zur Folge haben, dass die Überprüfung Ihrer Schadenersatzansprüche nicht mehr weitergeführt werden kann.

¹ Rechtsgrundlage: Art. 6 Abs. 1 lit. a und Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO

Wir weisen Sie auf das Recht auf **Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung** der Verarbeitung und das **Widerspruchsrecht** gegen die Verarbeitung sowie auf das Recht auf **Datenübertragbarkeit** über die von Ihnen zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten gemäß DSGVO bzw. Datenschutzgesetz 2018 hin. Weiters besteht ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde. Sie haben jederzeit die Möglichkeit, weitere Informationen hinsichtlich der Verarbeitung Ihrer Daten, der Datenverarbeitungszwecke sowie der Empfänger von Datenübermittlungen samt den einschlägigen Rechtsgrundlagen anzufordern.

Kontaktieren Sie diesbezüglich bitte den Datenschutzbeauftragten der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H. (E-Mail: datenschutz@kages.at, Tel. 0316-340/5115).

Ich erkläre ausdrücklich, dass ich mit der oben beschriebenen **Verwendung meiner Daten einverstanden** bin und dass meine **Erklärungen vollständig und richtig** sind.

Ort, Datum:

Unterschrift Antragsteller*in:

Gesetzliche*r / bevollmächtigte*r Vertreter*in des*der Antragstellers
Antragstellerin:

Unterschrift: