

**Schiedsstelle der Ärztekammer für OÖ.  
für Behandlungszwischenfälle  
Dinghoferstraße 4  
4010 Linz**

Name Patient/in:

Tel.Nr.:

Adresse:

Handy:

Fax:

Geburtsdatum:

E-Mail:

---

### **ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG**

Ich bin damit einverstanden, dass die Krankengeschichte durch die Schiedsstelle für Behandlungszwischenfälle eingeholt wird und entbinde die betreffenden Stellen von der Verschwiegenheitspflicht.

Auch erkläre ich meine Zustimmung, dass die Krankengeschichte und sonstige den Fall betreffende Daten an die am Schlichtungsverfahren Beteiligten weitergegeben werden.

.....  
(Unterschrift Patient/in bzw. gesetzlicher Vertreter)

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