

Name:

Geb.-Dat.:

Adresse:

.....

E-Mail:

Tel.-Nr.:

Beruf:

An die
Oö. Patienten- und Pflegevertretung
Bahnhofplatz 1
4021 Linz

ZUSTIMMUNGSERKLÄRUNG

Ich ersuche um Vermittlung durch die Oö. Patienten- und Pflegevertretung.

Ich bin damit einverstanden, dass das betroffene Krankenhaus/die betroffenen Krankenanstalten mit meiner Eingabe konfrontiert wird/werden und meine Krankengeschichte durch die Oö. Patienten- und Pflegevertretung oder die Schiedsstelle der Ärztekammer für OÖ eingeholt wird. Ich entbinde die betreffenden Stellen von der Verschwiegenheitspflicht.

Auch erkläre ich meine Zustimmung, dass meine Krankengeschichte und sonstige meinen Fall betreffenden Daten an die Mitglieder der Oö. Patienten- und Pflegevertretung, der Schiedsstelle der Ärztekammer für OÖ und an die Gutachter weitergegeben werden.

Die Informationen zum Datenschutz, ersichtlich unter

<https://www.land-oberoesterreich.gv.at/datenschutz>

habe ich gelesen und stimme dieser mit meiner Unterschrift zu!

.....

(Unterschrift)

....., am