



Vollmacht

Einverständniserklärung, mit welcher ich der

Salzburger Patientenvertretung

Michael-Pacher-Straße 36, 5020 Salzburg
Telefon +43 662 8042 2030, Fax +43 662 8042 3204
patientenvertretung@salzburg.gv.at

die alleinige Vollmacht erteile und diese ermächtige, mich gemäß der gesetzlichen Grundlagen zu vertreten und sämtliche zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages erforderlichen Schritte zu unternehmen. Die behandelnden ÄrztInnen und PflegerInnen entbinde ich von der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.

Bitte beachten

Schadenersatzansprüche verjähren grundsätzlich **binnen drei Jahren** (ab Kenntnis des Schadens und des Schädigers). Sollte es zu keiner außergerichtlichen Schlichtung kommen, besteht die Möglichkeit, Klage bei Gericht einzubringen. Die Salzburger Patientenvertretung vertritt jedoch nicht vor Gericht und obliegt die Einhaltung der gesetzlichen Verjährungsfristen ausschließlich den PatientInnen.

PatientIn:

| | |
|-----------------------|-------------------|
| Vorname, Familienname | Geburtsdatum |
| Adresse | Postleitzahl, Ort |
| Telefon | Mobil |
| E-Mail | |

AnsprechpartnerIn (Vertrauensperson, VollmachtnehmerIn, ErwachsenenvertreterIn)

| | |
|-----------------------|-------------------|
| Vorname, Familienname | Geburtsdatum |
| Adresse | Postleitzahl, Ort |
| Telefon | Mobil |
| E-Mail | |

Bitte wenden!

www.salzburg.gv.at/datenschutz

Amt der Salzburger Landesregierung | Salzburger Patientenvertretung
Postfach 527 | 5010 Salzburg | Österreich | Telefon +43 662 8042 2030 | patientenvertretung@salzburg.gv.at

Identitätsnachweis

Bitte legen Sie eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises bei.

Bei Erwachsenenvertretung zusätzlich die jeweilige Bestellsurkunde in Kopie.

Bankverbindung (für den Fall, dass ich einen Entschädigungsbetrag erhalte):

| | |
|------|-----|
| IBAN | BIC |
|------|-----|

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn

Ort, Datum

Unterschrift AnsprechpartnerIn (Vertrauensperson,
VollmachtnehmerIn oder ErwachsenenvertreterIn)