



Sachverhaltsdarstellung PatientIn

PatientIn:

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

Betroffene Behandlungseinrichtung und auf wen bezieht sich die Beschwerde?

Name der Einrichtung/ÄrztIn/Krankenhaus	
Abteilung	Ort

Beginn/Zeitpunkt/Datum der Behandlung:

--

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

Sachverhalt der Beschwerde (bitte Beschwerdevorwürfe konkretisieren):

Detaillierter Grund der Beschwerde, welche Fehler vermuten Sie?

Empfänger:

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

Bitte zusätzlich unser Formular „**Vollmacht**“ (auch verfügbar auf unserer Homepage) ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und ausschließlich im **Original mit Originalunterschrift und der Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises per Post** mitsenden! Bei Erwachsenenvertretung zusätzlich die Bestellsurkunde in Kopie. Bei einer Vorsorgevollmacht die bezughabende Vollmachtsurkunde in Kopie.

Ort, Datum

Unterschrift PatientIn

Ort, Datum

Unterschrift AnsprechpartnerIn (Vertrauensperson,
VollmachtnehmerIn oder ErwachsenenvertreterIn)