



An
Salzburger Patientenvertretung
Sebastian-Stief-Gasse 2
5020 Salzburg

Salzburger
Patientenvertretung

VORBRINGEN

im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung

(Beschwerde - Anregung - sonstige Mitteilung)

Betroffene Person (PatientIn/VollmachtgeberIn)

Vorname, Nachname	Geburtsdatum
Adresse	
telefonisch erreichbar unter	
E-Mail	

VertreterIn (VollmachtnehmerIn, ErwachsenenvertreterIn, udgl. - Vollmacht bitte entsprechend nachweisen)

Vorname, Nachname	Geburtsdatum
Adresse	
telefonisch erreichbar unter	
E-Mail	

Vertretung aufgrund:

- bevollmächtigte Person (Vollmacht bitte beilegen)
- bevollmächtigt durch Vorsorgevollmacht (Bestätigung bitte beilegen)
- ErwachsenenvertreterIn (Bestätigung bitte beilegen)
- Obsorge- und erziehungsberechtigte Person
- Rechtsanwalt/Rechtsanwältin (bitte Vollmacht gem. § 8 RAO ausweisen)
- RechtsnachfolgerIn (bitte Einantwortungsurkunde beilegen)
- Vertrauensperson (betroffene Person / PatientIn muss selbst unterschreiben)

Behandelnder Zahnarzt/behandelnde Zahnärztin / Facharzt/Fachärztin für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde / DentistIn:

Nachname / Bezeichnung
Adresse
Telefon
E-Mail

Eventuelle Vorbehandlung durch:

Nachname / Bezeichnung
Adresse
Telefon
E-Mail

und weitere: _____

Art der zahnärztlichen Behandlung:

<input type="checkbox"/> Füllung(en) / Plombe	<input type="checkbox"/> Krone(n) / Brücke(n)
<input type="checkbox"/> Zahnentfernung(en)	<input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung
<input type="checkbox"/> Prothetik	<input type="checkbox"/> Kieferorthopädie
<input type="checkbox"/> Zahnspange	<input type="checkbox"/> Narkose / Betäubung
<input type="checkbox"/> Zahnimplantate	
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

Behandlungsbeginn und -dauer:

von:	bis:
letzter Besuch bei der Zahnärztin/beim Zahnarzt, gegen die/den die Beschwerde geführt wird:	
generell letzter Besuch bei einer Zahnärztin/einem Zahnarzt:	

Eventuelle Nachbehandlung durch:

Nachname / Bezeichnung
Adresse
Telefon
E-Mail

und weitere: _____

Forderung/Anliegen:

- Schadenersatz/Schmerzensgeld
- kostenlose Nachbehandlung
- Preisminderung
- Neuanfertigung
- persönliche Aussprache mit Zahnärztin/Zahnarzt
- Teil-/Rückerstattung/Reduktion des Honorars
- Sonstiges: _____

Stimmen Sie einem Schlichtungsverfahren zu?

Ja Nein

Ich bestätige, dass in derselben Sache derzeit kein Gerichtsverfahren anhängig ist.

Beilagen sind angeschlossen

Ort, Datum

Unterschrift der betroffenen Person

Ort, Datum

Unterschrift der vertretenden Person

Bitte beachten Sie die nachfolgende Vollmacht!

VOLLMACHT

Einverständniserklärung, mit der ich der

Salzburger Patientenvertretung
5020 Salzburg, Sebastian-Stief-Gasse 2
Telefon: 0662/8042-2030 oder 0662/8042-2558
E-Mail: beschwerdemanagement@salzburg.gv.at

die alleinige Vollmacht erteile und diese ermächtigt, mich gemäß den gesetzlichen Grundlagen zu vertreten und sämtliche zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages erforderlichen Schritte zu veranlassen. Die behandelnden ÄrztInnen, PflegerInnen und sonstigen Personen im Gesundheitsbereich entbinde ich von der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.

Betroffene Person (PatientIn/BewohnerIn/VollmachtgeberIn)

Name	Geburtsdatum
Adresse	
Bankverbindung (<i>für den Fall, dass ich einen Entschädigungsbetrag erhalte</i>)	BIC
IBAN	

VertreterIn (VollmachtnehmerIn, ErwachsenenvertreterIn, udgl. - Vollmacht bitte entsprechend nachweisen)

Name	Geburtsdatum
Adresse	
E-Mail	Telefon
Vertretungsverhältnis	

Umfang der Vollmacht:

1. Einholung und Einsicht in meine Krankengeschichte(n) und anderer Gesundheitsdaten (z.B. Pflegedokumentation), insbesondere bei niedergelassenen ÄrztInnen, TherapeutInnen, Krankenanstalten, Rettungsdiensten, udgl.;
2. Einholung von Gutachten und Sachverständigenstellungen;
3. Weitergabe der Beschwerde / des Anliegens an die betroffenen Stellen (Ärztekammer, Gutachter, Haftpflichtversicherungen, udgl.);
4. Einverständnis zur elektronischen Verarbeitung der Daten im Zuge der Tätigkeit der Salzburger Patientenvertretung;
5. Verwendung der Daten (anonymisiert) zu Statistik- und Berichtszwecken;

! Bitte legen Sie eine Kopie eines amtlichen Lichtbildausweises bei.

Ort, Datum

Unterschrift der betroffenen Person

Ort, Datum

Unterschrift der vertretenden Person

Bitte beachten Sie die Hinweise auf der Folgeseite!

Hinweise zur Vollmacht und zum Datenschutz

Sinn und Zweck der Vollmacht:

Für die Überprüfung benötigen wir alle Behandlungsunterlagen (sowohl jene der betroffenen Einrichtungen, als auch jene vor- und nachbehandelnden Stellen). Damit diese Unterlagen angefordert werden können, benötigen wir Ihre Vollmacht. Es kann bei der Überprüfung notwendig sein, externe Stellen mit Ihrer Angelegenheit zu befassen (z.B. Sachverständige, Haftpflichtversicherungen, Ärztekammer). Auch dafür benötigen wir eine entsprechende Vollmacht zur Weitergabe Ihrer Daten.

Widerruf der Vollmacht:

Sie können diese Vollmacht jederzeit widerrufen.

Dies möge bitte schriftlich auf dem Postweg, per Fax an 0662/8042-3204 oder per E-Mail an patientenvertretung@salzburg.gv.at) erfolgen.

Verjährung:

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

Datenschutz:

Nähere Informationen zum Datenschutz und zur Wahrung Ihrer Betroffenenrechte finden Sie auf der Website des Landes Salzburg unter: <https://www.salzburg.gv.at/datenschutz>

