



STEIRISCHE SCHLICHTUNGSSTELLE FÜR BEHAUPTETE  
BEHANDLUNGSFEHLER IM BEREICH DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE,  
8010 GRAZ, KAISERFELDGASSE 29/I

# ANTRAG

Absender:

Name:

Geb.Datum:

Adresse:



Datum:

An die  
Schlichtungsstelle für niedergelassene Ärzte  
ÄRZTEKAMMER FÜR STEIERMARK  
Kaiserfeldgasse 29/I  
8010 G r a z

**BESCHWERDE über ärztlichen Behandlungsfehler; Antrag auf  
Schadenersatz**



Wer wurde geschädigt?

Name, Adresse, ☎



Wer hat den Schaden verursacht?

Name, Adresse, ☎



Wann wurde der Schaden verursacht?



Wo wurde der Schaden verursacht?

**Kurze Sachverhaltsdarstellung:** (z.B. Art der Behandlung, Datum und die Zeit der Behandlung, oder der Dauer des stationären Aufenthaltes in einem Privatspital, vermeintliche Fehlbehandlung oder Unterlassung, Beschreibung der Folgen des Behandlungsfehlers, wie z.B. Schmerzen, Entstellung, Behinderungen, etc)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Vorhandene Unterlagen (Befunde oder Röntgenbilder) sind beizulegen.

**Begehren** dieses hat ihre Ansprüche: (Schmerzensgeld, Fahrtkosten, etc.) zu beziffern, oder nur allgemein ein Ersuchen um Überprüfung der Beschwerde und Zuerkennung einer finanziellen Entschädigung.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Hochachtungsvoll!

Unterschrift