
BEFREIUNG VOM ARZTGEHEIMNIS

Hiermit befreie ich alle betroffenen Ärzte und Ärztinnen vom Arztgeheimnis bezüglich

.....
.....

Die unterzeichnende Person nimmt ausdrücklich zur Kenntnis, dass die Ombudsstelle für das Spitalwesen den gesetzlichen Auftrag hat, zwischen den Beteiligten zu vermitteln und einvernehmliche Lösungen vorzuschlagen (Art. 9 Abs. 1 Spitalversorgungsverordnung, BSG 812.112).

Die Ombudsstelle für das Spitalwesen vertritt die unterzeichnende Person nicht in einem Gerichtsverfahren oder bei Haftpflichtprozessen, ist nicht deren Anwalt und wahrt keine Fristen, insbesondere keine haftpflichtrechtlich relevanten Verjährungs- und Verwirkungsfristen. Die unterzeichnende Person hat sich in solchen Fällen an einen Anwalt/eine Anwältin zu wenden bzw. sich selbst zu organisieren.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

.....
Name, Vorname

.....
Adresse

.....
PLZ, Ort