

An den ArzneiOmbudsman, Postfach 299, 1080 Wien

Anfrage an den ArzneiOmbudsman

Angaben zum Patienten (*Bitte unbedingt ausfüllen)

Name*/Vornamen*: _____

Straße*: _____

PLZ*/Ort*: _____

Telefon*/Fax/E-Mail: _____

Behandelnder Arzt: _____

Meine Krankenkasse*: _____

Soz. Vers. Nummer*: _____

Mein Beschwerdegrund

Ergänzende Angaben

Haben Sie sich bereits erfolglos bei Ihrem Versicherer beschwert?

Ja

Nein

Haben Sie bei Ihrem Versicherer bereits einen schriftlichen Bescheid angefordert?

Ja

Nein

Haben Sie bereits Beschwerde bei einer anderen Beschwerdestelle eingelegt?

Ja

Nein

Falls Ja, bei welcher? _____

Läuft oder lief in gleicher Sache ein Gerichtsverfahren?

Ja

Nein

Im Rahmen des ArzneiOmbudsman-Verfahrens kann es erforderlich werden, meine Gesundheitsdaten einzusehen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit einer vertraulichen Einsichtnahme durch den ArzneiOmbudsman bereit. Gleichzeitig befreie ich die in Betracht kommenden Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten sowie meine Sozialversicherungsanstalt und andere am Verfahren unmittelbar Beteiligte von der Schweigepflicht (gesetzlich verankerte berufliche Schweigepflichten und strafgesetzliche Normen) und ermächtige diese Stellen Informationen an den ArzneiOmbudsman weiterzugeben. Dies gilt auch bezüglich der durch mich gesetzlichen vertretenen und mitversicherten Personen, die am ArzneiOmbudsman-Verfahren beteiligt sind und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Datum

Unterschrift