



# Anliegen/Beschwerde

An das  
A.ö. Landeskrankenhaus -  
Universitätskliniken Innsbruck  
**Büro für Patientenanliegen**  
6020 Innsbruck · Anichstraße 35  
E-Mail: lki.patientenanliegen@tirol-kliniken.at

## Patientin/Patient

(Bitte in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen!)

Vorname, Nachname

Titel

Geburtsdatum und Sozialversicherungsnummer

Adresse

Telefonnummer und E-Mail-Adresse

Als Identitätsnachweis/Legitimationsnachweis lege ich eine Kopie des

Führerscheines  Reisepasses  \_\_\_\_\_ vor.

## VerfasserIn des Anliegens/der Beschwerde

(Falls die VerfasserIn **NICHT die betroffene Patientin/der betroffene Patient ist**, unter Beilage der entsprechenden Vertretungsvollmacht!)

Bevollmächtigte/r  SachwalterIn/Vorsorgebevollmächtigte/r  Obsorgeberechtigte/r\*

Vorname, Nachname

Titel

Geburtsdatum und Sozialversicherungsnummer

Adresse

Telefonnummer und E-Mail-Adresse

## Beziehung

Gattin/Gatte  Partnerin/Partner  Tochter/Sohn  Mutter/Vater  \_\_\_\_\_

Als Identitätsnachweis/Legitimationsnachweis lege ich eine Kopie des

Führerscheines  Reisepasses  \_\_\_\_\_ vor.

\* unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht oder dass er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt.

## Betroffene Klinik/Abteilung/Person

Universitätsklinik

Abteilung

Person

Ambulanz

Station

## Aufenthalt/Zeitraum

von – bis

Vorfall vom

## Sonstige Institutionen/ Personen, die in den Fall involviert sind

(Krankenhaus, Ärztin/ Arzt, Rechtsanwältin/ Rechtsanwalt etc.)

## Beweggrund

(Formulieren Sie bitte kurz den Grund Ihrer Beschwerde/Ihrer Forderung)

## Darstellung aus Sicht der/ des Betroffenen

(Hier haben Sie die Möglichkeit, ausführliche Angaben zu Ihrem Anliegen/ Ihrer Beschwerde zu machen)

Ort, Datum

Unterschrift

# Zustimmungserklärung für die Weiterleitung

Ich,

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Titel

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum und Sozialversicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer und E-Mail-Adresse

erkläre mich damit einverstanden, dass die vorliegenden Angaben an die betroffene Klinik/Abteilung/ Person weitergeleitet werden. Die Weiterleitung der Beschwerde ist deshalb erforderlich, da zur Bearbeitung Ihres Anliegens/Ihrer Beschwerde zusätzlich zur Krankengeschichte eine Stellungnahme eingeholt wird und die betroffene Klinik/Abteilung/ Person nur dann eine sinnvolle Stellungnahme abgeben kann, wenn sie über den Grund Ihres Anliegens/Ihrer Beschwerde informiert ist.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift