

# Geltendmachen von Ansprüchen im Schadenfall

Hiermit bestätige ich

.....  
Name / Vorname der/des Patientin/en

.....

.....  
Adresse

.....

Staat

im Falle eines möglicherweise infolge Behandlung durch

.....  
Name / Vorname der/des Ärztin/Arztes

.....

.....  
Adresse

*sowie*

.....  
*Name des Stellvertreters und/oder  
der/des angestellten Ärztin/Arztes*

aufgetretenen Schadens betreffend meinen gesundheitlichen Zustand, diesbezügliche Ansprüche ausschliesslich beim zuständigen **schweizerischen Gericht** am Ort der ärztlichen Praxis geltend zu machen.

Ich erkläre mich ebenfalls damit einverstanden, dass sowohl materiell als auch formell das entsprechende **schweizerische Recht** zur Anwendung gelangt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Unterschrift der/des gesetzlichen  
Vertreter/in

# Geltendmachen von Ansprüchen im Schadenfall

Hiermit bestätige ich

.....  
Name / Vorname der/des Patientin/en

.....

.....  
Adresse

.....

Staat

im Falle eines möglicherweise infolge Behandlung durch

.....  
Name / Vorname der/des Ärztin/Arztes

.....

.....  
Adresse

*sowie*

.....  
*Name des Stellvertreters und/oder  
der/des angestellten Ärztin/Arztes*

aufgetretenen Schadens betreffend meinen gesundheitlichen Zustand, diesbezügliche Ansprüche ausschliesslich beim zuständigen **schweizerischen Gericht** am Ort der ärztlichen Praxis geltend zu machen.

Ich erkläre mich ebenfalls damit einverstanden, dass sowohl materiell als auch formell das entsprechende **schweizerische Recht** zur Anwendung gelangt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

.....  
Unterschrift der/des gesetzlichen  
Vertreter/in