



ÄRZTEKAMMER  
FÜR WIEN

A-1010 Wien  
Weihburggasse 10-12  
Tel. (01) 51501/0  
Fax (01) 51501/1209  
aekwien@aekwien.or.at  
<http://www.aekwien.at>

## **Dokumentation des Patientenwunsches gemäß § 25 Dienstordnung bzw. § 16 Vertragsbedienstetenordnung der Stadt Wien**

Als Patient von Herrn Dr. / Frau Dr. .... (Name des Arztes)

bestätige ich, dass ich ..... (Name des Patienten)

[bzw. ich ..... (Name des Vertreters des Patienten)

hinsichtlich des von mir vertretenen Patienten .....

(Name des vertretenen Patienten) <sup>1</sup>]

von meinem behandelnden Arzt über das Leistungsangebot der Krankenanstalten der Stadt Wien bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten meiner Erkrankung umfassend informiert wurde.

Aus persönlichen Gründen lehne ich jedoch eine Behandlung in einer Krankenanstalt der Stadt Wien derzeit ab und beabsichtige, mich von einem von mir gewählten Arzt in einer Krankenanstalt, außerhalb der Krankenanstalten der Stadt Wien einweisen und behandeln zu lassen.

Ich stimme zu, dass diese Erklärung als Dokumentation des Patientenwunsches dem Wiener Krankenanstaltenverbund übermittelt wird.

.....  
Unterschrift und Datum des Patienten bzw. dessen Vertreter:

**Erläuterung für Patienten bzw. deren Vertreter: Gemäß den Bestimmungen des Dienstrechtes der Stadt Wien dürfen bei ihr beschäftigte Ärzte Patienten nur dann außerhalb des Bereiches von Krankenanstalten der Stadt Wien behandeln, wenn die Patienten nach Information über das Leistungsangebot der Stadt Wien ausdrücklich und nachweislich eine Aufnahme in einer Krankenanstalt der Stadt Wien ablehnen. Zum Schutz der dienstrechtlichen Stellung ihres behandelnden Arztes ist dieses Formular dem Wiener Krankenanstaltenverbund vorzulegen.**

<sup>1</sup>Unzutreffendes bitte streichen