

## **Erklärung Patient/Patientin**

### **betreffend aussergerichtliche Begutachtung durch die FMH-Gutachterstelle**

Bitte in Blockschrift ausfüllen

**Name / Vorname** \_\_\_\_\_

**Adresse** \_\_\_\_\_

**Telefon(e)** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

#### **Kenntnis des Reglements und Entbindung vom Arztgeheimnis**

Ich habe das „Reglement für die FMH-Gutachterstelle“ vom 1.1.2002 erhalten und zur Kenntnis genommen.

Ich bin bereit, dem künftigen Gutachter alle notwendigen Auskünfte zu erteilen, ihm die erforderlichen und mir selbst zugänglichen Unterlagen zur Verfügung zu stellen und mich zur Untersuchung durch den Gutachter zur Verfügung zu halten (Art. 6).

Ich befreie die behandelnden Ärzte gegenüber dem Gutachter von ihrem Berufsgeheimnis. Dies gilt auch für vor- und nachbehandelnde Ärzte.

#### **Gegenlesen des Gutachtensentwurfs**

Ich bin damit einverstanden, dass der Gutachter/die Gutachterin vor Ablieferung des Gutachtens (Art. 16 Reglement) seinen/ihren Entwurf vom Rechtsdienst der FMH gegenlesen lässt.

Ja  Nein  (bitte ankreuzen )

#### **Wissenschaftliche Auswertung**

Ich bin einverstanden, dass ein Exemplar des Gutachtens der zuständigen Fachgesellschaft für die wissenschaftliche Auswertung zur Verfügung gestellt wird. [Hinweis: Zweck dieser Auswertung ist es, die Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzte durch bessere Kenntnis der vorkommenden Fehler zu fördern und die Weiterbildung der Gutachter zu unterstützen (Art. 16 Reglement). Eine Kopie des Gutachtens wird in den Akten der FMH während 10 Jahren aufbewahrt (Art. 17 Reglement)]

Ja  Nein  (bitte ankreuzen )

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

#### **Hinweis:**

**Reisespesen und allfällige weitere persönliche Auslagen gehen zu Lasten des Patienten/der Patientin.**