

Einverständniserklärung

Ich bin bereit, für sterbewillige Personen im Sinne des Sterbeverfügungsgesetzes die entsprechend notwendige Aufklärung zur Errichtung einer Sterbeverfügung vorzunehmen und das für die Errichtung notwendige Attest auszustellen.

Name

Fachrichtung

Ich verfüge über eine **palliativmedizinische Qualifikation** (Diplom Palliativmedizin der ÖÄK oder Spezialisierung in Palliativmedizin gem SpezV)

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	(zutreffendes ankreuzen)
-----------------------------	-------------------------------	--------------------------

(Ordinations-)Adresse

Telefon

E-Mail

Bevorzugte Kontaktart

<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> E-Mail	(zutreffendes ankreuzen)
----------------------------------	---------------------------------	--------------------------

Ich bin damit einverstanden, dass ich mit den obigen Daten auf eine von der Ärztekammer für Oberösterreich geführte Liste aufgenommen werde, die nur an bei der Kammer anfragende Ärzte ausgegeben wird, bei denen sterbewillige Patienten um Mitwirkung an der Sterbeverfügung angefragt haben.

Die Erklärung übermitteln Sie bitte an Frau Nobis in der Ärztekammer entweder per E-Mail nobis@aekoee.at
per Fax 0732/783660-255
postalisch Ärztekammer für OÖ, zH Frau Nobis, Dinghoferstraße 4, 4010 Linz

Widerruf der Einwilligung:

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihre **Zustimmung jederzeit widerrufen** können. Übermitteln Sie Ihren Widerruf ebenfalls an Frau Nobis wie oben angeführt.

Datum

Unterschrift