|  |  |
| --- | --- |
| Geben Sie hier bitte Ihre Absenderadresse ein |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungs- und Riskmanagement  Kanton St.Gallen  Davidstrasse 35  9001 St.Gallen | Adresse des/der anzeigenden Spitals/Klinik  oder Anspruchsteller        Zuständig: Vorname/Name  Telefon:  E-Mail:  Datum: |

**Schadenanzeige** (für Personen- und Sachschäden Medizinalhaftpflicht)

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Schaden-Art |  |
| 2. Datum und Zeit des  Schadeneintritts |  |
| 3. Schaden-Ort  (genaue Bezeichnung) |  |
| 4. **Sachschaden:**  Geschätzte Schaden-  summe in CHF |  |
| 5. **Sachschaden:**  Kurzbeschrieb des Sach- verhalts[[1]](#footnote-1), Beschrieb beschädigter/vermisster Gegenstand  **Personenschaden:**  Kurzbeschrieb des Sachverhalts1 |  |
| 6. Liegen Forderungen und/  oder Beanstandungen  vor (ja/nein)? Welche? |  |
| 7. Geschädigte Person:  Vorname/Name, Geburts- datum, Adresse, Email, Telefonnummer, evtl.  vertreten durch |  |

1. Stellungnahmen (Pflege-)Personal und der geschädigten Person beilegen [↑](#footnote-ref-1)