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

|  |  |
| --- | --- |
| Versicherungs- und RiskmanagementKanton St.GallenDavidstrasse 359001 St.Gallen | Adresse des/der anzeigenden Spitals/Klinikoder Anspruchsteller               Zuständig: Vorname/NameTelefon:      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)