

An die
Österreichische Gesellschaft für Osteopathie
Erdbergstraße 10/57
1030 Wien

BESCHWERDE zur Bearbeitung durch die Schlichtungsstelle der
Österreichischen Gesellschaft für Osteopathie (OGO)

PATIENT_IN	OSTEOPATH_IN <small>(bitte Daten angeben soweit bekannt)</small>
Name <input type="text"/>	Name <input type="text"/>
Adresse <input type="text"/>	Adresse <input type="text"/>
Telefon <input type="text"/>	Telefon <input type="text"/>
E-Mail <input type="text"/>	E-Mail <input type="text"/>
ZIEL DER BESCHWERDE	
<input type="text"/>	
BESCHREIBUNG DES VORFALLS <small>(auch als Anhang möglich)</small>	
<input type="text"/>	

Ich entbinde hiermit _____ (Name des Osteopathen/der Osteopathin) von seiner Schweigepflicht, und ermächtige ihn, Informationen über an mir durchgeführte Behandlungen an die Schlichtungsstelle weiterzugeben. Ich ersuche die Schlichtungsstelle, sich mit dieser Beschwerde zu befassen.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____