

Mandantenfragebogen in dem Verfahren

gegen

I. Zur Person:

Mandant:

Patient:

Geburtsdatum: in

Ggf. Todestag: in

Ggf. gesetzlicher Vertreter des Mandanten (bei minderjährigen Mandanten: z. B. beide Elternteile bei gemeinsamer Sorge/ bei Betreutem: eingesetzter Betreuer):

Beruf:

selbständig/angestellt:

Bei verstorbenen Patienten: Erbenstellung des Mandanten

Erbenstellung siehe Erbschein des Amtsgerichts vom

Alleinerbe/Miterbe zu (Erbanteil) in ungeteilter Erbengemeinschaft
mit

Krankenversicherung:

Versicherungsnummer:

Gesetzlich/Privat:

Private Zusatzversicherung:

Beihilfeberechtigung (Dienstherr):

II. Behandlungsumstände

Ansprüche werden geltend gemacht aufgrund eines Behandlungsgeschehens

vom bis

(Tag der Behandlung; bei mehrzeitigem Behandlungsgeschehen/stationärem Aufenthalt:
Zeitraum, ggf. konkreter Tag des fehlerhaften Verhaltens)

durch (Name des/der Ärzte, ggf. Unbekannt)

in der Praxis

in dem Krankenhaus

des/der Krankenhausträger, z. B. X-GmbH; Kreis XY)

Behandlungsgrund:

(Diagnose, Grundleiden, Grunderkrankung)

Behandlungsziel:

Vorleiden, die mit dem behandelten Leiden in Zusammenhang stehen oder stehen könnten:

Behandlungschronologie (in knappen Stichworten):

Ambulante Behandlung am:

in:

Stationäre(r) Aufenthalt(e), Aufnahmetag:

Notaufnahme: j/n

Entlassungstag:

Verlassen des Krankenhauses gegen ärztlichen Rat: j/n:

Beteiligte Ärzte (ggf. mit Behandlungsdatum):

a)

b)

c)

1. Hausarzt (Name/Anschrift):

2. Facharzt (Name, Facharztbezeichnung, Anschrift):

3. Konsiliararzt (= zur Behandlung hinzugezogener Arzt)
Name, Facharztbezeichnung, Praxissitz oder Krankenhaus-Abteilung:

4. Belegarzt (Name, Facharztbezeichnung, Anschrift)

5. Krankenhausärzte (Name, Facharztbezeichnung, medizinische Abteilung, Funktion
(z. B. Chefarzt, Oberarzt, Stationsarzt, Assistenzarzt; Funktion bei der Behandlung,
z. B. Operateur, Stationsarzt, Narkosearzt)

Falls der Vorwurf ein Fehlverhalten von nicht ärztlichen Praxis-/Krankenhausmitarbeitern betrifft:

Name und Funktion des Mitarbeiters

III. Vorwurf

Worin sehen Sie den Fehlschlag der Behandlung (Darstellung des Behandlungsergebnisses
- Beschwerden, negative Behandlungsfolgen):

Fehlverhalten:

1. Behandlungsfehler? (knappe Schilderung desjenigen Verhaltens, der konkreten Maßnahme, das/die Ihnen fehlerhaft erscheint):

2. Ungenügende Aufklärung? (knappe Schilderung, inwieweit Ihrer Ansicht nach eine unzureichende Aufklärung vorliegt):

Für den Fall des Vorwurfs eines Behandlungsfehlers:

- Aufgrund welcher Umstände gehen Sie von einem Behandlungsfehler aus? (z. B.: Auskünfte anderer Ärzte, Hinweise der behandelnden Ärzte selbst, eigene Informationsgewinnung durch Fachliteratur/Internet/Leitlinien o. ä.)

Für den Fall des Vorwurfs eines Aufklärungsfehlers:

- Wer hat Sie wann aufgeklärt?

- Hatten Sie ggf. anderweitig – z. B. Hinweise zur OP durch den einweisenden Arzt – Kenntnis von den Risiken des Eingriffs/der Behandlungsmaßnahme?

- Wurde ein schriftliches Aufklärungsformular o. ä. verwendet und von Ihnen unterzeichnet?

- Hätten Sie dem Eingriff/der Behandlungsmaßnahme auch zugestimmt, wenn Sie Ihrer Meinung nach korrekt aufgeklärt worden wären?
 - Ja
 - Wahrscheinlich schon
 - Eher nicht
 - Auf keinen Fall

- Wenn nicht: Warum hätten Sie sich dann möglicherweise anders entschieden?

IV. Schaden

Wessen Schaden wird geltend gemacht?

- ein Schaden des Patienten
- ein Schaden anderer Personen:

Welcher Schaden (entstandener und zu erwartender) wird geltend gemacht?

- Heilbehandlungskosten (soweit nicht von einem Versicherungsträger übernommen, also etwa Zuzahlungen, Eigenanteil, Fahrtkosten):

- Sonstige Vermögensschäden (etwa Verdienstausschlag, entgangener Gewinn, Betreuungsleistungen durch Pflegedienste, Einschränkungen bei der Haushaltsführung, Wohnungsumbau/-umzug, Kfz-Umrüstung; bei verstorbenen Patienten Beerdigungskosten, entgangener Unterhalt):

- Schmerzensgeld (Schaden, der nicht wirtschaftlich fassbar ist):

Bitte nennen Sie die Umstände, aus denen Sie die Schmerzensgeldforderung ableiten (also neben der Art, Dauer, Heftigkeit von Schmerzen auch alle sonstigen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Lebensfreude, wie etwa Unmöglichkeit der weiteren Ausübung eines Hobbys, Sport zu treiben o. ä. Bitte geben Sie auch an, wie lange die Beeinträchtigungen hinzunehmen waren bzw. welche anhalten und welche wohl dauerhaft in Kauf genommen werden müssen):

V. Informationen zu Krankenunterlagen:

Folgende Unterlagen zum Behandlungsgeschehen liegen mir vor (z. B. Arztbriefe, Terminzettel, Korrespondenz mit Ärzten oder Krankenkassen, Arzneimittelverschreibungen, Mutterpass, Rechnungen):

Folgende bildgebende Diagnostik (z. B. Röntgen, MRT, CT, Sonographie, Fotoaufnahmen, Szintigraphie) wurde durchgeführt (bitte kreisen Sie die Unterlagen, die Ihnen auch persönlich vorliegen, zusätzliche ein):

Art:

Gefertigt am:

Wo?

VI. Informationen zum Stand der Dinge:

Haben Sie bereits Ärzte/das Krankenhaus mit den Vorwürfen konfrontiert?

Wenn ja: Wann genau? Wem gegenüber? In welcher Form (schriftlich/mündlich)?

Welche Reaktion gab es?

Welche sonstigen Aktivitäten haben Sie in dieser Sache bereits entfaltet (z. B. Gutachteneinholung, Einschaltung der Gutachterkommission bzw. ärztliche Schlichtungsstelle, Strafanzeige, Presse, Ärztekammer informiert – ggf. Stand des Verfahrens):

Ort, Datum

.....
(Unterschrift)