

Mandantenfragebogen

Medizinrecht · Arzthaftung und Patientenrechte

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für diesen Fragebogen nehmen. Vollständige und möglichst konkrete Angaben sowie die Beifügung vorhandener Belege und Unterlagen erleichtern uns die zügige und sachgerechte Prüfung Ihres Anliegens. Bitte beantworten Sie die Fragen nach bestem Wissen. Nicht jedes Feld muss ausgefüllt werden, wenn es für Ihren konkreten Fall nicht einschlägig ist.

So füllen Sie das Formular aus: Bitte verwenden Sie zum Ausfüllen vorzugsweise den kostenlosen **Adobe Acrobat Reader**. In der PDF-Anzeige von Browsern oder in anderen Programmen werden Eingaben mitunter nicht vollständig gespeichert.

Klicken Sie in die hell hinterlegten Felder und tragen Sie Ihre Angaben direkt am Bildschirm ein. Mit der Tabulatortaste springen Sie zum nächsten Feld. Runde Felder sind Auswahlfelder, bei denen nur eine Antwort möglich ist; eckige Felder können Sie mehrfach ankreuzen.

Die großen Textfelder sind scrollbar und nehmen mehr Text auf, als auf den ersten Blick sichtbar ist. Wenn Ihnen einzelne Angaben nicht vorliegen, lassen Sie das Feld bitte frei – wir klären das im Gespräch.

Speichern Sie die Datei nach dem Ausfüllen unter einem neuen Namen und senden Sie sie zusammen mit Ihren Unterlagen per E-Mail an **info@linten.de**. Eine Zusendung per Post ist nicht erforderlich.

1 Angaben zur Mandantschaft und zum Patienten

Mandant/in		Patient/in falls abweichend	
Geburtsdatum TT.MM.JJJJ		Ggf. Todestag TT.MM.JJJJ	
Anschrift Straße, Hausnummer, PLZ, Ort			
Telefon		E-Mail	
Beruf		Beschäftigungsstatus	☐ selbständig ☐ angestellt ☐ sonstiges
Krankenversicherung Name des Trägers		Versichertennummer	
Versicherungsart	☐ gesetzlich ☐ privat	Zusatzversicherung	☐ nein ☐ ja
Zusatzversicherung falls ja: welche?		Beihilfe	☐ nein ☐ ja
Beihilfe falls ja: Dienstherr			

Nur ausfüllen, wenn Ansprüche als Erbin oder Erbe geltend gemacht werden:

Erbenstellung z. B. Alleinerbe, Miterbe, Erbquote		Erbschein	☐ liegt bei ☐ wird nachgereicht ☐ nicht vorhanden
Weitere Erben Name / Anschrift oder „keine“		Erbengemeinschaft	☐ ungeteilt ☐ auseinandergesetzt ☐ nicht einschlägig

2
Behandlungsüberblick

Zeitraum der beanstandeten Behandlung von TT.MM.JJJJ bis TT.MM.JJJJ oder einzelner Tag			
Anlass / Grunderkrankung Diagnose, Beschwerden oder Behandlungsanlass			
Behandlungsziel Was sollte erreicht oder behandelt werden?			
Relevante Vorerkrankungen die mit dem Geschehen zusammenhängen könnten			
Behandlungsform		☐ ambulant ☐ stationär ☐ beides	
Aufnahme TT.MM.JJJJ		Entlassung TT.MM.JJJJ	
Notaufnahme	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt	Entlassung gegen ärztlichen Rat	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Behandlungsschronologie

Bitte so ausführlich wie möglich – je Eintrag: Datum · Behandlung · Befund · Folge · Ort

3 Beteiligte Behandler und Einrichtungen

Bitte tragen Sie alle Personen und Einrichtungen ein, die an der Behandlung beteiligt waren oder für die Prüfung des Falls wichtig sein können.

Nr.	Name / Einrichtung	Fachrichtung / Funktion	Anschrift / Abteilung	Behandlungszeitraum	Behandlungsgrund / Rolle
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Sonstige beteiligte Mitarbeitende

nur nichtärztliches Personal: Name / Funktion / Einrichtung

4 Beanstandung und Aufklärung

Bitte beschreiben Sie möglichst konkret, was aus Ihrer Sicht geschehen ist. Stichworte genügen zunächst; ergänzende Unterlagen können Sie beifügen.

Behandlungsergebnis, Beschwerden und Folgen

Konkret beanstandete Maßnahme(n) oder Unterlassung(en)

Anhaltspunkte für den Verdacht

z. B. Aussage einer anderen Ärztin oder eines anderen Arztes, Befund, Leitlinie, Zweitmeinung

Aufklärung – nur soweit ein Aufklärungsvorwurf besteht

Wer hat wann, wo und in welcher Form aufgeklärt? Name / Datum / Ort / mündlich, schriftlich, sonstige Form	
Schriftlicher Aufklärungsbogen	☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt
Anderweitige Kenntnis von Risiken	☐ nein ☐ ja ☐ unbekannt
Kenntnis von Risiken falls ja: wodurch?	
Hätten Sie bei ordnungsgemäßer Aufklärung zugestimmt?	☐ ja ☐ wahrscheinlich ja ☐ eher nicht ☐ auf keinen Fall

Wenn nicht oder unklar: warum?

Welche Entscheidung wäre möglicherweise getroffen worden?

Weitere Angaben zur Aufklärung

5 Gesundheitliche Folgen und Schmerzensgeld

Für die Beurteilung eines möglichen Schmerzensgeldes benötigen wir eine möglichst konkrete Darstellung von Art, Stärke und Dauer der Beschwerden sowie der Auswirkungen auf Alltag, Beruf, Familie, Freizeit und Selbstständigkeit.

Beschwerden und Schmerzen

Art, Stärke, Häufigkeit

Dauer, Verlauf und erfolgte Behandlungen

Arbeitsunfähigkeit, Pflege- oder Hilfebedarf

Zeiträume, Umfang, wer die Hilfe geleistet hat

Auswirkungen auf Alltag, Beruf, Haushalt, Familie und Freizeit

Psychische Belastungen sowie bleibende oder voraussichtlich dauerhafte Folgen

6 Materielle Schäden und Belege

Bitte nehmen Sie jeden einzelnen Vermögensschaden möglichst konkret mit Datum oder Zeitraum, Betrag, Ursache und Beleg auf. Typische Positionen sind Zuzahlungen, Eigenanteile, Fahrtkosten, Verdienstaussfall, Haushalts- und Pflegekosten, Hilfsmittel oder Umbaumaßnahmen.

Datum / Zeitraum	Schadensart	Konkrete Beschreibung / Anlass	Betrag (€)	Beleg vorhanden	Beleg beigelegt
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐
				☐	☐

Künftig erwartete Schäden und deren Grundlage

7 Vorhandene Unterlagen und Bildgebung

Bitte kreuzen Sie an, welche Unterlagen vorliegen. Senden Sie uns die Unterlagen möglichst als digitale Dateien – Scan oder gut lesbares Foto – per E-Mail. Originale benötigen wir nur nach vorheriger Rücksprache.

Arztbriefe / Entlassbriefe	☐	Verordnungen / Medikamentenpläne	☐
Befunde / Laborberichte	☐	Rechnungen / Quittungen	☐
OP-Berichte / Operationsunterlagen	☐	Schriftverkehr mit Behandlern / Krankenkasse	☐
Aufklärungsunterlagen	☐	Fotos	☐
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen	☐	Sonstige Unterlagen	☐

Sonstige oder fehlende Unterlagen	
-----------------------------------	--

Bildgebung und Datenträger

Art (Röntgen / MRT / CT / ...)	Datum	Einrichtung / Ort	Datei, CD oder Kopie vorhanden
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein
			☐ ja ☐ nein

8 Bisherige Schritte

Konfrontation von Behandlern oder Krankenhaus mit dem Vorwurf

Ob, wann und gegenüber wem Datum, Ansprechpartner/in, Einrichtung	
Form	☐ schriftlich ☐ mündlich ☐ sonstige
Form falls sonstige: welche?	
Reaktion Antwort, Regulierungsvorschlag oder sonstige Reaktion	

Bitte geben Sie zu bereits unternommenen Schritten möglichst den aktuellen Stand und ein Aktenzeichen an.

Schritt	Stand / Datum / Ansprechpartner	Aktenzeichen	erfolgt
Gutachten / Privatgutachten			☐
Gutachterkommission / Schlichtungsstelle			☐
Medizinischer Dienst			☐
Strafanzeige			☐
Kammerbeschwerde			☐
Haftplichtversicherer / Korrespondenz			☐
Sonstige Schritte			☐

Weitere Angaben zu bisherigen Schritten

9 Kurzinformation zu außergerichtlichen Prüfungen

Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern können Behandlungsfehler außergerichtlich und für Patientinnen und Patienten grundsätzlich kostenfrei prüfen. Sie bewerten insbesondere, ob ein Fehler, ein Gesundheitsschaden und ein Zusammenhang zwischen beidem vorliegen. Die Bewertung ist nicht verbindlich; der Rechtsweg bleibt offen.

Gesetzlich Versicherte können sich außerdem wegen Unterstützung und einer möglichen Begutachtung an ihre Krankenkasse wenden; diese kann nach § 66 SGB V den Medizinischen Dienst einschalten. Über das für Ihren Fall zweckmäßige Vorgehen entscheiden wir erst nach Sichtung der Unterlagen gemeinsam mit Ihnen.

10 Abschluss und optionale Kontaktaufnahme

Die folgende Angabe ist freiwillig und stellt keine rechtsgeschäftliche Erklärung dar.

- ☐ Ich stimme zu, dass die Kanzlei mich zur Besprechung des vorstehenden Sachverhalts kontaktieren und – soweit für die Prüfung sinnvoll – Unterlagen bei Behandlern oder Kostenträgern anfordern darf. Mir ist bewusst, dass hierfür je nach Einzelfall eine gesonderte Vollmacht und/oder Schweigepflichtentbindung erforderlich bleiben kann.

Ort

Datum

Unterschrift – beim Versand per E-Mail genügt der Name in Druckbuchstaben

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen zusammen mit den vorhandenen Unterlagen per E-Mail an info@linten.de. Bitte speichern Sie die Datei vor dem Versand, damit Ihre Eingaben erhalten bleiben. Große Dateien wie Bildgebung können Sie uns nach kurzer Rücksprache auch anders übermitteln.