

FRAGEBOGEN MEDIZINRECHT

Durch das Ausfüllen des Fragebogens schaffen Sie bereits eine erste wesentliche Bearbeitungsgrundlage. Deshalb bitten wir Sie, die Fragen wahrheitsgemäß und sorgfältig zu beantworten. Soweit Fragen von Ihnen nicht beantwortet werden können, lassen Sie diese bitte offen. Wir raten dringend davon ab, mit der Gegenseite Kontakt aufzunehmen. Die von Ihnen gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der anwaltlichen Schweigepflicht.

Angaben zur Person:

Name, Vorname: _____

ggf. gesetzl Vertreter/Betreuer: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Beruf: _____

selbständig angestellt

Krankenversicherung: gesetzlich privat

Name: _____

Anschrift: _____

Versicherungs-Nr.: _____

bei verstorbenen Personen:

Sterbedatum _____

Erbenstellung des Mandanten: Erbenstellung siehe Erbschein des Amtsgerichts _____

vom _____ .

Alleinerbe Miterbe zu _____ (Erbanteil)

Behandlungsdaten/-umstände

Weswegen haben Sie sich in ärztliche Behandlung begeben (Behandlungsgrund/Behandlungsziel)?

Über welchen Zeitraum befanden Sie sich in ärztlicher Behandlung?

FRAGEBOGEN MEDIZINRECHT

Von welchen Ärzten und/oder in welchem Krankenhaus wurden Sie behandelt (vollständige Namen mit Anschrift)?

Vor und/oder nach der o.g. Behandlung bin ich von folgenden Ärzten/Kliniken behandelt worden (vollständige Namen mit Anschrift):

Behandlungsfehlervorwurf

Worin sehen Sie das ärztliche Fehlverhalten und welcher Vorwurf wird erhoben?

Was hätte Ihrer Meinung nach getan werden oder unterbleiben müssen, damit der Schaden nicht eingetreten wäre? Haben Sie hierzu eine ärztliche Meinung eingeholt?

Beschreiben Sie den Schaden (damaliger Zustand vor dem Eingriff/Beschwerdebild nach der ärztlichen Behandlung), der auf dem fehlerhaften Eingriff beruht?

Aufklärung

Wurden Sie Ihrer Meinung nach vor der Operation/dem Eingriff ausreichend aufgeklärt? ja nein

Wer hat Sie wann über die geplante ärztliche Behandlung und das Behandlungsrisiko aufgeklärt?

Liegt ein schriftliches Aufklärungsformular vor? ja nein

Ist Ihnen dieses von einem Arzt erläutert worden? ja nein

Haben Sie etwas unterschrieben? ja nein

Wurden in diesem Zusammenhang Behandlungsalternativen dargestellt? ja nein

Wurden Sie über das Risiko aufgeklärt, das eingetreten ist? ja nein

Hätten Sie in den Eingriff eingewilligt, wenn Sie das Risiko gekannt hätten? ja nein

Schadenspositionen

Folgende Schadenspositionen sollen geltend gemacht werden:

Schmerzensgeld ja nein

Verdienstausschlag ja nein

Betreuungsleistung durch Pflegedienste ja nein

Haushaltsführungsschaden ja nein

Beerdigungskosten ja nein

Heilbehandlungskosten, die nicht von einem Versicherungsträger übernommen werden ja nein

Sonstiges

Bitte beziffern Sie - soweit möglich - die Ihnen entstandenen Schäden

Allgemeines

Liegen Ihnen bereits Behandlungsunterlagen vor? ja nein

Wenn ja, welche?

Kann die streitigen Ereignisse jemand bezeugen? ja nein

Wenn ja, wer (Name, Vorname und Anschrift)?

Seit wann haben Sie Kenntnis von dem Umstand eines möglichen Behandlungsfehlers und woher haben Sie davon erfahren?

Haben Sie bereits Ärzte und/oder das Krankenhaus mit den Vorwürfen konfrontiert? ja nein

Wenn ja, wann genau, wem gegenüber und in welcher Form (schriftlich/mündlich)?

Gibt es bereits eine Reaktion? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie sonst Aktivitäten entfaltet? (Gutachteneinholung, Strafanzeige, etc.) ja nein

Wenn ja, welche?

FRAGEBOGEN MEDIZINRECHT

Zur vereinfachten und schnelleren Bearbeitung der meist komplexen medizinrechtlichen Angelegenheiten bitten wir Sie um chronologische Darstellung der geschehenen Abläufe, die dem vermeintlichen Behandlungsfehler zugrunde liegen. Hierfür bitten wir Sie um ein möglichst detailliertes Ausfüllen der unten dargestellten Tabelle. Sollte der dafür vorgesehene Platz nicht ausreichen, können Sie die Tabelle auf einem separaten Blatt fortführen.

Datum	Geschehensablauf/Ereignis (z.B. Aufnahme/Entlassung Stationäre Behandlung, Feststellung Grunderkrankung, Indikationsstellung, Aufklärung, Operation, Überweisung, Mitteilungen vom ärztlichen Personal...)	Arztbriefe/Belege/ Rechnungen/Sonstiges

Ort/Datum

Unterschrift