

Allgemeine persönliche Daten/Kontaktdaten

Vorname, Nachname (des Mandanten): _____

Vorname, Nachname (Patient, falls unterschiedlich): _____

Geburtsdatum (des Patienten): _____

ggf. Sterbedatum (des Patienten): _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mailadresse: _____

Besondere persönliche Angaben

Beruf des Patienten: _____ selbständig angestellt

Arbeitsunfall: Ja Nein; wenn Ja: gesetzl. Unfallversicherung aktiv: Ja Nein

wenn Ja: welche gesetzliche
Unfallversicherung/Berufsgenossenschaft: _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat

Krankenversicherung: _____ Vers.-Nr.: _____

Ggf. gesetzliche Vertreter: _____

Bei verstorbenen Patienten Erbenstellung des Mandanten: _____

Erbenstellung siehe Erbschein des AG _____ vom _____

Alleinerbe/Miterbe zu _____ (Erbanteil) in ungeteilter Erbengemeinschaft mit (Name, Adr.):

Sonstige Angaben

Verfügen Sie über eine Rechtsschutzversicherung?

Ich bin rechtsschutzversichert Ich bin nicht rechtsschutzversichert

Versicherungsnehmer der Rechtsschutzversicherung: _____

Name der Rechtschutzversicherungsunternehmen: _____

Versicherungs-Nr.: _____

(Kommt es zu einer Übernahme des Mandats, holen wir für Sie die Kostendeckungszusage ein und übernehmen die Abwicklung der Gebührenabrechnung mit Ihrer Rechtsschutzversicherung)

I. Behandlungsumstände:

Datum, an dem die fehlerhafte Behandlung durchgeführt wurde: _____

Datum, an dem Sie von der Fehlerhaftigkeit der Behandlung erfuhren: _____

durch wen wurde die Behandlung durchgeführt (Name des/der behandelnden Arztes/Ärzte; ggf. unbekannt):

Handelt es sich bei dem behandelnden Arzt um einen Durchgangsarzt/BG-Arzt?: Ja Nein

in der Praxis (Praxisinhaber, Adresse): _____

im Krankenhaus: _____

Handelt es sich bei dem behandelnden Arzt um einen Belegarzt?: Ja Nein

Reicht der Platz bei den folgenden Fragen nicht aus, verwenden Sie bitte ein Beiblatt mit der hier verwendeten Nummerierung. Bitte fügen Sie vorhandene, aufschlussgebende Unterlagen bei.

(1) Bitte schildern Sie uns Ihren Fall (Behandlungschronologie in knappen Stichworten)

(2) Welcher Behandlungsgrund lag vor (Diagnose/Grundleiden/Grunderkrankung) und welches Behandlungsziel sollte erreicht werden?

(3) Welches konkrete Ereignis hat zum Schaden geführt?

(4) Welcher Arzt (Ärzte, Hilfspersonal) ist nach Ihrer Auffassung für den Behandlungsfehler verantwortlich? Im Falle einer Krankenhausbehandlung: Krankenhausarzt oder Belegarzt? Bei Hilfspersonal bitte auch die Funktion angeben.

(5) Gibt es Vorerkrankungen und/oder vorangehende Krankenhausaufenthalte, die mit der streitgegenständlichen Behandlung in Zusammenhang stehen oder stehen könnten?

(6) Wie ist das jetzige Beschwerdebild

(7) Was hätte Ihrer Meinung nach getan werden oder unterbleiben müssen? Was ist der konkret Behandlungsvorwurf

(8) Ist die vollständige Wiederherstellung der Gesundheit

- sicher wahrscheinlich ungewiss ausgeschlossen

Zeitpunkt, bei dem gegebenenfalls mit einer vollständigen Wiederherstellung zu rechnen ist bzw. wann diese bereits eingetreten ist?

II. Zusatzfragen zur Aufklärung:

Wurde über die geplante Behandlung und dessen Behandlungsrisiko aufgeklärt?

- Es wurde auf Risiken mündlich und in einem Formular hingewiesen
 Es wurde lediglich mit einer Formularaufklärung ohne mündliche Erörterung aufgeklärt
 Es wurde lediglich eine mündlicher Aufklärung vorgenommen
 Es ist keinerlei Aufklärung erfolgt

Es wurde Aufklärung dokumentiert:

- Ja Nein mir unbekannt

(9) Über welche Risiken wurden Sie aufgeklärt? (Falls zutreffend)

(10) Durch wen erfolgte die Aufklärung?

(11) Wurde über Behandlungsalternativen und deren Risiken aufgeklärt?

- Ja Nein

Wenn ja, welche Alternativen wurden genannt?

Wenn nein, welche Alternativen hätten sich angeboten?

Wenn nein, hätten Sie eine der nicht genannten Alternativen bevorzugt?

- Ja Nein

Wenn Sie eine der Alternativen bevorzugt hätten, wieso hätten Sie eine der Alternativen bevorzugt?

(12) Hätten Sie in die Behandlung eingewilligt, wenn Sie nach richtig aufgeklärt worden wären?

- Ja Wahrscheinlich schon
 Jedenfalls später wg. weiterer Rücksprache/Überlegungen Eher nicht Nein

Wenn Sie später, eher nicht, oder Nein angegeben haben, warum? (Bitte möglichst genau schildern)

III. Fragen zur Beweissicherung für Ihren Fall.

(13) Gibt es Zeugen für den Behandlungsfehler, die Behandlungsfolgen, das Aufklärungsgeschehen? Z.B. Mitpatienten oder nahestehende Personen?

- Ja Nein

Ggf. weitere Angaben (Name, Adresse, was kann bezeugt werden) zu den Zeugen:

(14) Sind Sie bereits in Besitz von Krankenunterlagen oder Gutachten?

- Ja Nein

Welche Unterlagen liegen Ihnen vor? (Falls zutreffend)

(15) Durch welche Umstände sind Sie darauf gestoßen, dass ein Behandlungsfehlers vorliegen könnte?

(16) Wurden weitere Ärzte/Krankenhäuser für die Nachbehandlung konsultiert und/oder waren weitere Medikamente notwendig?

- Ja Nein

Gegebenenfalls weitere Angaben zu Nachbehandlung und nachbehandelnden Ärzten/Krankenhäuser und :

(17) Welche Unterlagen liegen Ihnen bereits vor?

- Karteikartenauszüge/Behandlungsunterlagen des gegnerischen Behandlers
- Stellungnahme des gegnerischen Behandlers
- Schriftverkehr zwischen Ihnen (oder einer von Ihnen beauftragten anwaltlichen Vertretung) und dem gegnerischen Behandler
- Röntgenbilder oder andere Bildaufnahmen des gegnerischen Behandlers
- Karteikartenauszüge/Behandlungsunterlagen der Nachbehandler
- Stellungnahme der Nachbehandler
- Röntgenbilder oder andere Bildaufnahmen der Nachbehandler

IV. Infos zum Stand der Dinge

(18) Haben Sie den Behandler (Arzt/Krankenhaus) mit den Vorwürfen konfrontiert.

Ja Nein

Wenn Ja: wann genau, in welcher Form (schriftlich/mündlich), wem gegenüber, welche Reaktion?

(19) Haben Sie sonst bereits etwas unternommen (Privatgutachten; Schlichtungsstelle; Strafanzeige; Ärztekammer; Krankenkasse)

Ja Nein

Wenn Ja: was genau und wie ist da der Verfahrensstand?

V. Fragen zu den entstandenen Schäden

Fragen zu entstandenen Schäden sind zu komplex, als dass Sie hier beantwortet werden könnten. Diese Angaben werden von uns konkret angefragt. Wichtig ist aber, dass Sie wissen, welche Schäden Sie ersetzt verlangen können. Denn nur dann können Sie auch Nachweise führen und entsprechende Positionen dokumentieren, z.B. Nachweise, Quittungen aufheben oder die Erstellung einer Auflistung von Fahrten (Fahrziel, Fahrstrecke, Grund der Fahrt).

Allgemein gilt: Nur, wenn alles lückenlos dokumentiert und nachweisbar ist, kann der Schaden auch durchgesetzt werden.

Als Schaden sind hauptsächlich folgende Positionen hervorzuheben:

Schmerzensgeld (wie hat sich der Vorfall auf Ihr Leben ausgewirkt), Verdienstausfallschaden (welchen Verdienst hätten Sie ohne die Behandlung, welche Einnahmen haben Sie stattdessen), Haushaltsführungsschaden (in was für einem Haushalt leben Sie (z.B. wie viele Personen leben im Haushalt, Wohnfläche, Gartengröße), inwiefern können Sie hier Tätigkeiten nicht mehr ausüben), Heilbehandlungskosten (Kosten für Hilfsmittel, Medikamente), Besuchskosten naher Angehöriger (Fahrtkosten, Unterbringungskosten von nahen Angehörigen während der stationären Aufenthalte), Hauswirtschaftlicher Versorgungsbedarf (was muss für Ihre hauswirtschaftliche Versorgung aufkommen, z.B. putzen, kochen, einkaufen), Pflegebedarf (wer übernimmt in welchem Umfang Ihre pflegerische Versorgung, z.B. Duschen, Waschen, Anziehen, Trocknen), vermehrter Wohnbedarf (z.B. Umbaukosten, Mehrkosten für Miete einer behindertengerechten Wohnung), Kfz-Mehrkosten (Notwendigkeit der Anschaffung eines größeren Kfz, Kfz-Umbaukosten, Sonderführerschein, Betriebsmehrkosten), Sonstiger Mehrbedarf (z.B. Wassermehrverbrauch, Strommehrverbrauch, Kleidungsmehrverbrauch, Mehrkosten für Urlaubsreisen im Hinblick auf Transport, Unterkunft und behindertengerechte Versorgung am Urlaubsort).