

## **Fragebogen bei Behandlungsfehlern**

### **Angaben zum Patienten:**

1. Bitte geben Sie den Vor- und Nachnamen, das Geburtsdatum, den Familienstand und den Beruf an.
2. Falls eine Rechtsschutzversicherung besteht, geben Sie bitte den Namen, den Versicherungsbeginn und die Versicherungs- oder Schadennummer an.
3. Erfolgte die fehlerhafte Behandlung als Privatpatient oder als Kassenpatient? Bitte geben Sie den Namen der Versicherung und die Versichertennummer an.
4. Liegt der fehlerhaften Behandlung ein Arbeits- oder Wegeunfall zugrunde? Wenn ja, wie lautet der zuständige Unfallversicherungsträger?
5. GdB vorhanden/beantragt?
6. Private Versicherungen vorhanden, z.B. Unfall- oder Berufsunfähigkeitsversicherung?

### **Angaben zum Behandlungsverlauf:**

7. Gegen wen richtet sich der Vorwurf eines Aufklärungs- und/oder Behandlungsfehlers? Bitte den Namen und die ambulanten und stationären Behandlungszeiträume (mit Datum der ersten und letzten Vorstellung) darstellen.
8. Bitte erstellen Sie auch eine zeitlich geordnete Auflistung aller vor-, mit- und nachbehandelnden Ärzte und Krankenhäuser (einschließlich Hausärzte) unter möglichst genauer Angabe der ambulanten und stationären Behandlungszeiträume. Bei Krankenhäusern geben Sie bitte den Namen der behandelnden Abteilung/en an.
9. Worin liegt Ihrer Ansicht nach die fehlerhafte Behandlung? Schildern Sie in zeitlicher Abfolge alle Ereignisse.
10. Woraus schließen Sie, dass ein Behandlungsfehler vorliegt (eigene Überzeugung oder ärztliche Meinung). Seit wann vermuten Sie dies?
11. Wann und von wem wurden Sie über die geplante ärztliche Behandlung und deren Risiken aufgeklärt? Wurden Behandlungsalternativen dargestellt? Hätten Sie der Behandlung zugestimmt, wenn Sie die Risiken vorher gekannt hätten? Wenn nein, schildern Sie kurz Ihren Entscheidungskonflikt.

## **Angaben zur Behandlungsdokumentation:**

12. Welche Behandlungsunterlagen und Bilder (Originalröntgenbilder oder Bilddateien) befinden sich in Ihrem Besitz? Wo befinden sich weitere Behandlungsunterlagen und bildgebende Befunde? Liegt Ihnen bereits ein Gutachten vor? Bitte übersenden Sie sämtliche Behandlungsunterlagen und medizinische Gutachten.
13. Welche Schritte haben Sie bereits unternommen, z.B. anderer Rechtsanwalt, Strafanzeige, eigene Korrespondenz mit der Gegenseite? Bitte reichen Sie die bislang geführte Korrespondenz vollständig bei uns ein.

## **Angaben zur Bestimmung der Höhe des Schmerzensgeldes:**

14. Welche Vorerkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestanden schon vor der fehlerhaften Behandlung?
15. Wie ist die derzeitige Situation der Erkrankung bzw. Ihres Beschwerdebildes? Sind weitere ärztliche Behandlungen und operative Eingriffe erforderlich oder ist die Nachbehandlung - zumindest vorläufig - abgeschlossen?
16. Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand durch den Behandlungsfehler verschlechtert? Benennen Sie kurz aber konkret Ihre Beeinträchtigungen (a) während der Dauer der Nachbehandlung und (b) ggf. bleibende Schäden. Wenn Sie ein „Schmerzprotokoll“ geführt haben, können Sie uns dies übersenden.

## **Angaben zur Bestimmung der Höhe des Schadensersatzes:**

17. Waren Sie vor der fehlerhaften Behandlung arbeitsfähig und können Sie nun nur noch eingeschränkt Ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen? Bitte belegen Sie ggf. Ihre Einkünfte vor und nach der streitgegenständlichen Behandlung anhand von Unterlagen.
18. Bestehen durch den Behandlungsfehler Einschränkungen bei der Haushaltsführung? Bitte beschreiben Sie ggf. Art und Größe des Haushalts und nennen Sie die konkret anfallenden Tätigkeiten und den Zeitraum der Einschränkungen. Für wie viele Stunden in der Woche wurde/wird ungefähr Hilfe benötigt?

*Anmerkung: Die Rechtsprechung erlaubt auch die Geltendmachung fiktiver Haushaltshilfekosten. Dies bedeutet, Sie müssen keine Haushaltshilfe einstellen. Für die Höhe der Kosten ist allein entscheidend, inwieweit Sie durch den Behandlungsfehler bei der Vornahme zuvor regelmäßig ausgeübter Haushaltstätigkeiten eingeschränkt sind.*

19. Welche sonstigen Kosten sind Ihnen durch die fehlerhafte Behandlung entstanden? Bitte reichen Sie für nicht erstattete Behandlungs- und Arzneimittelkosten, Fahrtkosten und Besuchskosten der Angehörigen Belege ein. Fahrtkosten mit dem eigenen PKW schätzen Sie bitte unter Angabe von Strecke und Entfernung mit 0,30 cent/km.
20. Wenn Sie zum Ausgleich Leistungen Dritter (Krankenkasse, Arbeitgeber, Unfallversicherung, Rentenversicherung) erhalten haben, beziffern Sie diese bitte.