

## **Fragebogen Behandlungsfehler**

*[Bitte beantworten Sie alle Punkte wenn möglich maschinenschriftlich – gerne in Stichworten – und übersenden Sie uns ergänzende Stellungnahmen und weitere Unterlagen als Anlagen]*

### **Angaben zur Person:**

1. Vor- und Nachname des Patienten, Geburtsdatum, Familienstand, zuletzt ausgeübter Beruf, Rechtsschutzversicherung mit Versicherungsbeginn und Versicherungs- oder Schadennummer, Krankenversicherung mit Versichertenummer
2. Bei Arbeits- oder Wegeunfall - Kontaktdaten des Versicherungsträgers mitteilen
3. Bei Schwerbehinderung - Bescheid mit Gründen übersenden
4. Inanspruchnahme von privaten Versicherungen (z.B. private Unfall- oder Berufsunfähigkeitsversicherung) angeben

### **Angaben zum Behandlungsverlauf:**

5. Gegen wen richtet sich der Vorwurf? Bitte vollständige Bezeichnung und ambulante und stationäre Behandlungszeiten (mit Datum der ersten und letzten Vorstellung) darstellen
6. **Vollständige Auflistung der vor- und nachbehandelnden Ärzte und Krankenhäuser mit Angabe der ambulanten und stationären Behandlungszeiten**
7. Woraus ergibt sich der Verdacht auf einen Behandlungsfehler (eigene Überzeugung oder ärztliche Meinung) und seit wann besteht der Verdacht? Schildern Sie zur Vorlage bei einem medizinischen Gutachter das Behandlungsgeschehen kurz schriftlich aus Patientensicht.
8. Wann und von wem wurde über die geplante ärztliche Behandlung und deren Risiken aufgeklärt? Wurden Behandlungsalternativen dargestellt? Wäre der Behandlung zugestimmt worden, wenn die Risiken vorher bekannt gewesen wären? Wenn nein, schildern Sie den Entscheidungskonflikt.

### **Angaben zur Behandlungsdokumentation:**

9. Welche Behandlungsunterlagen und Bilder (Originalröntgenbilder und Bilddateien) befinden sich in Ihrem Besitz? Wo befinden sich weitere Behandlungsunterlagen und bildgebende Befunde? Liegt Ihnen bereits ein Gutachten vor? Bitte übersenden Sie uns alle bei Ihnen vorliegenden Behandlungsunterlagen und medizinischen Gutachten! Weitere Unterlagen fordern wir für Sie an.
10. Welche Schritte wurden bereits unternommen, z.B. eigene Korrespondenz mit dem Gegner, Strafanzeige, vorbevollmächtigter Rechtsanwalt? Bitte reichen Sie die bislang geführte Korrespondenz vollständig bei uns ein!

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

11. Welche Vorerkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestanden vor der fehlerhaften Behandlung?
12. Wie ist derzeit das Beschwerdebild? Sind weitere ärztliche Behandlungen und operative Eingriffe erforderlich oder ist die Nachbehandlung - zumindest vorläufig - abgeschlossen?
13. Wie hat sich der Gesundheitszustand durch den Behandlungsfehler verschlechtert? Nennen Sie stichwortartig die Beschwerden (a) während der Nachbehandlung und (b) voraussichtlich bleibende Schäden. Wenn ein „Schmerzprotokoll“ geführt wird, können Sie uns dies gerne zur Vorlage bei der gegnerischen Haftpflichtversicherung übersenden!

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

14. Bestand vor der fehlerhaften Behandlung Arbeitsfähigkeit und danach nur noch eingeschränkte Erwerbsfähigkeit? Bitte belegen Sie die Einkünfte vor und nach der streitgegenständlichen Behandlung anhand von Unterlagen!
15. Bestehen durch den Behandlungsfehler Einschränkungen bei der Haushaltsführung? Bitte beschreiben Sie Art und Größe des Haushalts und nennen Sie die ausfallenden Tätigkeiten und den Zeitraum der Einschränkung. Reichen Sie die Kostenbelege für Haushaltshilfe bei uns ein!

Anmerkung: Die Rechtsprechung erlaubt auch die Geltendmachung fiktiver Haushaltshilfekosten. Dies bedeutet, es muss keine Haushaltshilfe eingestellt werden, wenn der Ausfall durch Familie oder Freunde kompensiert wird. In einem solchen Fall bitten wir um Schätzung der wöchentlichen Stundenzahl für einschränkungsbedingt erforderliche Hilfsleistungen Dritter!

16. Welche sonstigen Kosten sind durch die fehlerhafte Behandlung entstanden? Bitte reichen Sie für nicht erstattete Behandlungs- und Arzneimittelkosten, Fahrtkosten, Besuchskosten der Angehörigen sowie weitere Unkosten Belege ein. Fahrtkosten mit dem eigenen PKW schätzen Sie bitte unter Angabe von Strecke und Entfernung mit 0,30 Cent/km!
17. Wenn zum Ausgleich Leistungen Dritter (Krankenkasse, Arbeitgeber, gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung) bezogen wurden, geben Sie die Beträge bitte an!