

Fragebogen Behandlungsfehler

Bitte beantworten Sie alle Fragen in freier Form und berichten Sie außerdem, was Sie noch für wichtig halten.

Angaben zur Person und zum Haftungsgrund

1. Vor- und Nachname Patient/in, Geburtsdatum, ggf. Sterbedatum, Beruf
2. Vor- und Nachname gesetzliche/r Vertreter/in oder Erbe/in
3. Rechtsschutzversicherung mit Versicherungs- oder Schadenummer
4. Krankenversicherung mit Versichertennummer, ggf. private Zusatzversicherung
5. Kontaktdaten des Versicherungsträgers bei Arbeits- oder Wegeunfall
6. Bescheid mit Gründen bei anerkannter Schwerbehinderung
7. Pflegegutachten bei anerkannter Pflegebedürftigkeit
8. Gegen wen richtet sich der Vorwurf? Bitte vollständige Bezeichnung (Name und Anschrift der Praxis oder des Krankenhauses) mit Angabe der ambulanten und stationären Behandlungszeiten (Datum der ersten und letzten Vorstellung)
9. Erstellen Sie in einer gesonderten Anlage eine vollständige chronologische Liste der vor- und nachbehandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie Krankenhäuser mit möglichst genauer Angabe der ambulanten und/oder stationären Behandlungszeiten. Geben Sie bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten den Namen, die Fachrichtung und die Anschrift an, bei Krankenhäusern nur die behandelnde Abteilung. Eine Angabe der Namen der Krankenhausärzte oder Chefärzte ist nicht erforderlich.
10. Schildern Sie in einer gesonderten Anlage bitte möglichst sachlich und der Reihe nach das Behandlungsgeschehen aus Ihrer Sicht.
11. Woraus ergibt sich der Verdacht auf einen Behandlungsfehler (eigene Überzeugung oder ärztliche Meinung)?
12. Seit wann vermuten Sie einen Aufklärungs- oder Behandlungsfehler?
13. Wann und von wem wurde über die streitgegenständliche 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.
14. Bitte übersenden Sie uns alle Ihnen vorliegenden Behandlungsunterlagen, bildgebenden Befunde und medizinischen Gutachten.
15. Was haben Sie zur Realisierung Ihrer Ansprüche bereits unternommen, z.B. eigene Korrespondenz mit dem Gegner, Strafanzeige, vorbevollmächtigter Rechtsanwalt? Bitte reichen Sie die bislang geführte Korrespondenz vollständig bei uns ein.

Fragebogen Behandlungsfehler

Angaben zur Bestimmung der Höhe des Schmerzensgeldes

16. Welche Vorerkrankungen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen bestanden vor der streitgegenständlichen Behandlung?
17. Wie ist derzeit das Beschwerdebild?
18. Sind weitere ärztliche Behandlungen und operative Eingriffe erforderlich oder ist die Nachbehandlung (zumindest vorläufig) abgeschlossen?
19. Wie hat sich der Gesundheitszustand infolge der streitgegenständlichen Behandlung verschlechtert?
20. Nennen Sie die Beschwerden während der Nachbehandlung und voraussichtlich bleibende Schäden.
21. Wir empfehlen, ggf. ein „Schmerzprotokoll“ zu führen.

Angaben zur Bestimmung der Höhe des materiellen Schadensersatzes

22. Ist durch die streitgegenständlichen Behandlung eine (vorübergehende oder dauerhafte) Arbeitsunfähigkeit eingetreten? Wenn ja, belegen Sie die Zeiträume der Arbeitsunfähigkeit und die Einkünfte vor und nach der streitgegenständlichen Behandlung zur Berechnung der Erwerbsschäden.
23. Bestehen infolge der streitgegenständlichen Behandlung Einschränkungen bei der Haushaltsführung? Wenn ja, beziffern und belegen Sie etwaige Kosten.
24. Die Rechtsprechung erlaubt auch die Geltendmachung eines sogenannten „fiktiven“ Haushaltshilfeschadens, wenn der Ausfall durch Familie oder Freunde kompensiert wird, ohne dass „reale“ Kosten anfallen. Zur Schätzung des fiktiven Haushaltshilfeschadens beschreiben Sie bitte Art und Größe des Haushalts, den Zeitraum der Einschränkungen und die konkreten Tätigkeiten unter Angabe der erforderlichen Stunden pro Woche für einschränkungsbedingt erforderliche Hilfsleistungen Dritter.
25. Welche sonstigen Kosten sind infolge der streitgegenständlichen Behandlung entstanden? Bitte beziffern und belegen Sie die bislang entstandenen Kosten, z.B. nicht erstattete Behandlungs- und Arzneimittelkosten, Fahrtkosten, Besuchskosten, sonstiger sachlicher und personeller Mehraufwand, Beerdigungskosten. Denken Sie für die Zukunft daran, Kostenbelege aufzubewahren.
26. Wurden zum Ausgleich Leistungen Dritter (Arbeitgeber, Krankenkasse, gesetzliche Unfall- oder Rentenversicherung, Sozialhilfeleistungen) bezogen? Wenn ja, beziffern und belegen Sie bitte die Höhe der Zahlungen nach Zeiträumen.