

DRINGENBERG

RECHTSANWÄLTE

MANDANTENFRAGEBOGEN/ERSTGESPRÄCHSVORBEREITUNG

in

ARZTHAFTUNGSSACHEN

I. PERSON/MANDANT

Mandant(en): _____ geb. _____

ggf. gesetzliche Vertreter des Mandanten (bei Minderjährigen, z.B. i.d.R. beide Elternteile; bei Betreutem: Betreuer)

Patient: _____ geb. _____ ggf. Sterbedatum: _____
(sofern abweichend von Mandant/in)

Anschrift: _____

Tel. (priv.): _____ Tel. (geschäftl.) _____ Handy: _____

Fax: _____ E-Mail: _____

Bankverbindung: _____ Konto-Inhaber: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Beruf: _____ (selbständig/angestellt)

Bei verstorbenem Patienten: Erbenstellung des Mandanten: Erbenstellung siehe Erbschein des AG _____ vom _____

Alleinerbe/Miterbe zu _____ Erbteil in ungeteilter Erbengemeinschaft mit _____

Krankenversicherung: _____

Rechtsschutzversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____ Schaden-Nr.: _____

II. GEGNER

Anschrift: _____

Telefon: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Gegnervertreter/Haftpflichtvers.: _____

Anschrift: _____

Tel: _____ Fax: _____

Versicherungsnummer: _____ Schaden-Nr.: _____

III. BEHANDLUNGSUMSTÄNDE

Ansprüche sollen geltend gemacht werden aufgrund des Behandlungsgeschehens

vom _____
(Tag der Behandlung; bei mehrzeitigem Behandlungsgeschehen/stationärem Aufenthalt: Zeitraum ggf. konkreter Tag des vermuteten fehlerhaften Verhaltens)

durch: _____ (Name des/der behandelnden Arztes/Ärzte, soweit bekannt)

in der Praxis: _____ (Name der Praxis)

im Krankenhaus: _____ (Name des Krankenhauses)

des/der _____ (Krankenhausträger)

Behandlungsgrund: _____ (Einweisungsdiagnose/Grundleiden/Grunderkrankung)

Behandlungsziel: _____

Vorleiden, die mit dem behandelnden Leiden in Zusammenhang stehen oder stehen können: _____

Behandlungsschronologie (in knappen Stichworten): _____

Ambulante Behandlung am: _____

in: _____

Stationäre(r) Aufenthalt(e), Aufnahmetag: _____

Notaufnahme: ja/nein _____ (Name des Krankenhauses)

Entlassungstag: _____

Eigenmächtige Entlassung (Verlassen des Krankenhauses gg. den ärztlichen Rat) ja/nein _____

(weitere) beteiligte Ärzte (ggf. mit Behandlungsdatum): _____

1. Hausarzt: (Name/Praxissitz) _____

2. Facharzt: (Name/Praxissitz) _____

3. Konsiliararzt (= zur Behandlung hinzugezogener Arzt; Facharztbezeichnung, Praxissitz o. Krankenhausabteilung):

4. Belegarzt (Name: Facharztbezeichnung, Praxissitz): _____

5. Krankenhausärzte (Name, Facharztbezeichnung, medizinische Abteilung, Funktion in der Krankenhaushierarchie, z.B. Chefarzt, Oberarzt, Ass.-Arzt sowie Funktion bei konkreter Behandlung: etwa Operateur, Stationsarzt, Narkosearzt):

Falls der Vorwurf eine Fehlverhalten von nicht ärztlichen Praxis-/Krankenhausmitarbeiter betrifft: _____

Name und Funktion des Mitarbeiters: _____

IV. VORWURF

Worin sehen Sie den Fehlschlag der Behandlung (Darstellung des Behandlungsergebnisses bzw. –beschwerden, negative Behandlungsfolgen) ?:

Fehlverhalten:

1. *Behandlungsfehler* ? (knappe Schilderung desjenigen Verhaltens/der konkreten Maßnahme, das/die Ihnen fehlerhaft erscheint):

2. *ungenügende Aufklärung* ? (knappe Erläuterung, inwieweit Ihrer Ansicht nach eine unzureichende Aufklärung vorliegt):

Für den Fall des Vorwurf eines *Behandlungsfehlers*:

■ Aufgrund welcher Umstände gehen Sie von einem Behandlungsfehler aus ? (z.B. Auskünfte anderer Ärzte, Hinweise der behandelnden Ärzte, eigene Informationsgewinnung durch Fachliteratur/Internet/Leitlinien o.ä)

Für den Fall eines *Aufklärungsfehlers*:

■ Wer hat Sie wann aufgeklärt ?: _____

■ Hatten Sie ggf. anderweitig – z.B. Hinweise zur OP durch den einweisenden Arzt – Kenntnis von den Risiken des Eingriffs /der Behandlungsmaßnahme ?:

■ Wurde ein schriftliches Aufklärungsformular o.ä. verwendet und von Ihnen unterzeichnet ?: _____

■ Hätte Sie dem Eingriff/der Behandlungsmaßnahme auch zugestimmt, wenn Sie Ihrer Meinung nach korrekt aufgeklärt worden wären ?

Ja, wahrscheinlich schon/Eher nicht/Nein, auf keinen Fall

- Wenn nicht: Warum hätten Sie sich dann möglicherweise anders entschieden ?

V. SCHADEN

- Wessen Schaden wird hier geltend gemacht:

- Ein Schaden des Patienten/Mandanten _____

- Ein Schaden anderer Personen (Kinder/Ehepartner) _____

- Heilbehandlungskosten (soweit nicht von einem Versicherungsträger übernommen, etwa Zuzahlungen, Eigenanteil Fahrtkosten zu Rehabilitations-, Physiotherapie, bzw. anderen Ärzten):

- Sonstige Vermögensschäden (etwa: Verdienstausschlag, entgangener Gewinn, Betreuungsleistungen durch Pflegedienste, Einschränkungen bei der Haushaltsführung, Wohnungsumbau/-umzug, KFZ - Umrüstung/bei verstorbenen Patienten: Beerdigungskosten)

- Schmerzensgeld (Schaden, der wirtschaftlich nicht fassbar ist)

Bitte nennen Sie uns die Umstände, aus denen Sie die Schmerzensgeldforderungen ableiten (also neben Art/Dauer und Häufigkeit von Schmerzen auch alle sonstigen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Lebensfreude wie etwa Unmöglichkeit der weiteren Ausübung eines Hobbys, Sport zu treiben o.ä.. Bitte geben Sie auch an, wie lange die Beeinträchtigungen hinzunehmen waren bzw. welche anhalten und welche wohl dauerhaft in Kauf genommen werden müssen):

VI. INFORMATIONEN ZU DEN KRANKENUNTERLAGEN

Folgende Unterlagen zum Behandlungsgeschehen liegen mir vor: (etwa Arztbriefe/Terminszettel/Korrespondenz mit Ärzten o. Krankenkassen/Arzneimittelverschreibungen/Mutterpass/Rechnungen)

Folgende Bildgebende Diagnostik (etwa Röntgen-, CT-, MRT-, Sonographie-; Fotoaufnahmen, Szintigraphie) wurden durchgeführt (Bitte kreisen Sie die Unterlagen, die Ihnen auch persönlich vorliegen, zusätzlich ein:

Art: _____

Gefertigt am: _____

Wo?: _____

VII. Informationen zum Stand der Dinge

Haben Sie bereits Ärzte/ das Krankenhaus mit den Vorwürfen konfrontiert?:

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

Welche Reaktionen gab es?

Welches sonstigen Aktivitäten haben Sie in dieser Sache bereits entfaltet (etwa Gutachteneinholung; Einschaltung einer Gutachterkommission bzw. ärztlichen Schlichtungsstelle; Strafanzeige; Presse/Ärzttekammer informiert – ggf. Stand des Verfahrens:

geschafft !!!! 😊

Ort, Datum

Unterschrift Mandant

Hinweise für die Mandatsaufnahme (füllt Ihr Rechtsanwalt im Gespräch aus !!)

- | | | | |
|---|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Vollmachten | <input type="checkbox"/> | 2. Hinweis Wertgebühren | <input type="checkbox"/> |
| 3. sonstige Belehrungen | <input type="checkbox"/> | 4. Vergütungsvereinbarungen | <input type="checkbox"/> |
| 5. Beratungshilfe oder PKH | <input type="checkbox"/> | 6. Fristen/Verjährung prüfen | <input type="checkbox"/> |
| 7. Schweigepflichtenbindungserklärung(en) | <input type="checkbox"/> | | |

KOLLISIONSPRÜFUNG: durchgeführt durch Rain/RA

Verfügung

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1. Akte anlegen | <input type="checkbox"/> | 2. Fristen notieren | <input type="checkbox"/> |
| 3. Termine notieren | <input type="checkbox"/> | 4. Verjährung notieren | <input type="checkbox"/> |
| 5. WV sofort/allgemein/am:..... | <input type="checkbox"/> | 6. PKH-Unterlagen aushändigen | <input type="checkbox"/> |
| 7. neuer Termin am: | <input type="checkbox"/> | | |