

**Fragebogen zum Arzthaftungs-/Medizinrecht**

Um die Frage, ob Sie oder Ihr Angehöriger Opfer eines ärztlichen Behandlungsfehlers wurden, verlässlich beantworten zu können, dürfen wir Sie bitten, die folgenden Fragen auf einem gesonderten Blatt präzise zu beantworten.

Bitte lesen Sie den Fragebogen erst vollständig durch, bevor Sie mit dem Ausfüllen beginnen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der anwaltlichen Schweigepflicht.

Der Fragebogen ist die erste wesentliche Bearbeitungsgrundlage und bedarf deshalb wahrheitsgemäßer und sorgfältiger Ausfüllung. Soweit Fragen die Gegenseite (Ärzte, Hilfspersonal, Krankenhäuser, Versicherungen) betreffen und von Ihnen nicht beantwortet werden können, lassen Sie diese bitte offen. Setzen Sie sich nicht mit der Gegenseite im weitesten Sinne zur Beantwortung in Verbindung; bitte nehmen Sie keinen Kontakt mit dieser auf.

---

1. Bitte nennen Sie Ihren Vornamen, Nachnamen, Geburtsdatum, Familienstand, Beruf, Postanschrift, Telefonnummer, Telefaxnummer und –falls vorhanden- Namen und Anschrift der Rechtsschutzversicherung nebst Versicherungsnummer.

.....  
.....  
.....

2. Waren Sie als Privatpatient oder Kassenpatient in ärztlicher Behandlung? Benennen Sie Ihre Krankenkasse nebst Adresse und Versicherungsnummer.

.....  
.....

3. Welcher Arzt (welche Ärzte) und/oder welches Krankenhaus (welche Krankenhäuser) wird (werden) auf Schadenersatz in Anspruch genommen? (Bitte genaue Angaben der Namen und Anschriften).

.....  
.....  
.....

4. Schildern Sie der Reihe nach diejenigen Erlebnisse, die zum eingetretenen Schaden geführt haben. Nennen Sie dabei die betreffenden Daten sowie die Namen und Anschriften der Krankenhäuser und Ärzte.

.....  
.....  
.....

5. Nennen Sie die wesentlichen Vorkrankheiten und Krankenhausaufenthalte in der zeitlichen Reihenfolge, soweit sie für den hier in Rede stehenden Schaden Berücksichtigung finden müssen. Diagnose bei Behandlungsbeginn (gestellt am ..., durch ...); etwaige weitere spätere Diagnose (gestellt am ..., durch ...) sowie letzte Diagnose (gestellt am ..., durch ...).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

6. Beschreiben Sie den Schaden (damaliges und jetziges Beschwerdebild), der Ihrer Überzeugung nach auf ärztliches Verschulden zurückzuführen ist.

.....  
.....  
.....

7. Woraus schließen Sie, dass der (die) Beschuldigte (n) den Schaden verursacht hat (haben)? (Eigene Überzeugung und/oder ärztliche Meinung?).

.....  
.....  
.....

8. Was hätte Ihrer Überzeugung nach getan werden oder unterbleiben müssen, damit der Schaden nicht eingetreten wäre?

.....  
.....

9. Welche ärztlichen Behandlungsunterlagen gibt es? Welche ärztlichen Behandlungsunterlagen haben Sie? Bitte reichen Sie die Ihnen zur Verfügung stehenden Behandlungsunterlagen kurzfristig ein.

.....  
.....  
.....

10. Wann wurden Sie von wem über die geplante ärztliche Behandlung und das Behandlungsrisiko aufgeklärt? Wurden in diesem Zusammenhang Behandlungsalternativen dargestellt? Wurden Sie hierbei über das Risiko aufgeklärt, dass eingetreten ist? Hätten Sie in den Eingriff eingewilligt, wenn Sie das Risiko gekannt hätten?

.....  
.....  
.....  
.....

11. Wer war Zeuge für die streitigen Ereignisse (voller Name und Anschrift)?

.....  
.....

12. Seit wann wissen oder vermuten Sie, Opfer schuldhafter Verletzung ärztlicher Sorgfaltspflicht zu sein und kennen Namen und Anschriften der Verantwortlichen? (Schmerzensgeldansprüche verjähren innerhalb von 3 Jahren, gerechnet von dem Tage, da Sie alle Sachverhalte kannten, die den Schaden verursacht haben).

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

13. Was haben Sie bisher zur Realisierung Ihrer Schadenersatzansprüche unternommen? Haben Sie sich selbst in dieser Sache bereits mit dem Krankenträger, der Krankenhausverwaltung, den behandelnden Ärzten, der gegnerischen Haftpflichtversicherung, Ihrer Rechtsschutzversicherung, Ihrer Krankenversicherung, der zuständigen Ärztekammer, der Gutachterkommission, einem Patientenschutzbund oder sonstigen Interessenverein oder mit einem Anwalt in Verbindung gesetzt? Wenn ja, bitte Schilderung auf einem Extrablatt.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

14. Bitte berichten Sie in freier Form, was Sie noch für wichtig halten.

.....  
.....

15. Bitte beziffern Sie –soweit es Ihnen möglich ist- die Ihnen entstandenen materiellen Schäden (z.B. Verdienstaufschlag, Fahrtkosten, Kosten für eine Haushaltshilfe, Medikamentenzuzahlung etc.).

.....  
.....  
.....

# ERKLÄRUNG

1. über die Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht,
2. über die Genehmigung zur Herausgabe und Einsichtnahme in medizinische Behandlungsunterlagen sowie
3. über die Bevollmächtigung zur Einsichtnahme in staatsanwaltliche Ermittlungs- und Gerichtsakten, auch wenn zu deren Inhalt medizinische Behandlungsunterlagen und medizinische Gutachten zählen.

**Betrifft:** ....., geb. ...., wohnhaft....., ambulante und/stationäre Behandlungen im Zeitraum vom ..... bis ..... im ..... wegen .....

Hiermit entbinde ich alle mich aus Anlass der unter „Betrifft:“ näher bezeichneten medizinischen Maßnahme(n) –auch künftig- behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Rechtsanwälten Kania, Tschersich & Partner, den beteiligten Versicherungsgesellschaften, insbesondere Schadenshaftpflichtversicherern und gesetzlichen Krankenversicherungen, Gerichten und Strafverfolgungsbehörden, sonstigen Behörden, Trägern der Rentenversicherung, weiteren privaten Kranken(zusatz)versicherungen, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen und dessen Gutachtern, sonstigen Gutachtern, Gutachterkommissionen/Schlichtungsstellen der Landesärzte- bzw. Landeszahnärztekammern sowie allen weiteren Stellen und Personen, die mit der Schadensregulierung beauftragt oder sonst befasst sind.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass erforderlichen Auskünfte uneingeschränkt erteilt werden, die ein irgend einem Zusammenhang mit der ambulanten/stationären Behandlung stehen und erteile weiter Vollmacht, dass den Rechtsanwälten Kania, Tschersich & Partner auf Anordnung uneingeschränkte Einsicht in die medizinischen Behandlungsunterlagen gewährt wird einschließlich der Herausgabe von Kopien dieser Behandlungsunterlagen unter Einschluss bildgebender Diagnostik (Röntgen, CT, MRT, US u.a.). Dies gilt auch gegenüber dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, deren Gutachter, sonstigen Gutachtern u.a. soweit erforderlich. Insoweit erteile ich alle erforderlichen Gutachtern u.a. soweit erforderlich. Insoweit erteile ich erforderlichen Vollmachten sowohl den gesetzlichen wie privaten Krankenkassen als auch den genannten Rechtsanwälten gegenüber.

Weiter bevollmächtigte ich die Rechtsanwälte Kania, Tschersich & Partner, Akteneinsicht in staatsanwaltliche Ermittlungsakten und Gerichtsakten zu nehmen, die in irgend einem Zusammenhang mit dem Schadensfall stehen, und zwar auch dann, wenn medizinische Behandlungsunterlagen u.a. Bestandteil dieser Akten sind.

.....  
(Ort/Datum)

.....  
(Unterschrift\*)

\* Bei minderjährigen Kindern Unterschrift der Eltern bzw. Personensorgeberechtigten