



### **Fragebogen im Arzthaftungs-/Medizinrecht**

Dieser Fragebogen dient als erste Orientierung, damit wir uns schnellst möglichst einen Überblick über Ihren Fall verschaffen können.

Sollten bei der Vervollständigung des Fragebogens Schwierigkeiten auftreten, lassen Sie diese Fragen zunächst offen. Diese können in einem persönlichen Gespräch oder durch Einholung von Informationen durch uns geklärt werden.

Soweit Fragen die Gegenseite (Ärzte, Hilfspersonal, Krankenhäuser, Versicherungen) betreffen und von Ihnen nicht beantwortet werden können, lassen Sie diese bitte offen. Setzen Sie sich bitte nicht mit der Gegenseite zur Beantwortung in Verbindung und nehmen Sie bitte keinen Kontakt mit dieser auf. Danke!

#### **Ihre persönlichen Daten:**

Vornamen: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: ledig  verheiratet  verwitwet  geschieden  getrennt lebend

Beruf: \_\_\_\_\_ Nettoeinkommen: \_\_\_\_\_ €

#### **Fragen:**

1.

Waren Sie als Privatpatient oder Kassenpatient in ärztlicher Behandlung?

Privat  Kasse

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

2.

Welcher Arzt/welche Ärzte und/oder welches Krankenhaus/welche Krankenhäuser sollen ihrer Auffassung nach auf Schadenersatz, Schmerzensgeld u.a. in Anspruch genommen?

(Bitte genaue Angaben und Namen und Anschriften)

---

---

---

3.

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

4.

Nennen Sie die wesentlichen Vorerkrankungen und Krankenhausaufenthalte in der zeitlichen Reihenfolge, soweit sie für den hier in Rede stehenden Schaden Berücksichtigung finden müssen. Diagnose bei Behandlungsbeginn, etwaige weitere spätere Diagnose und letzte Diagnosen.

Diagnose: \_\_\_\_\_ gestellt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ gestellt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ gestellt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ gestellt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_ gestellt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

5.

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

---

---

---

---

6.

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

---

---

---

7.

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

---

---

---

---

8.

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

---

---

---

9.

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, das eingetreten ist? Hätten Sie in den Eingriff eingewilligt, wenn Sie das Risiko gekannt hätten?

---

---

---

---

10.

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

---

---

---

11.

Seit wann wissen oder vermuten Sie, Opfer schuldhafter Verletzung ärztlicher Sorgfaltspflicht zu sein und kennen Namen und Anschriften der Verantwortlichen?

---

---

---

12.

Was haben Sie bisher zur Realisierung Ihrer Schadensersatzansprüche 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 sonstigem Interessenverein oder mit einem Anwalt in Verbindung gesetzt? Wenn ja, bitte Schilderung ggf. auf einem Extrablatt.

---

---

---

---

---

13.

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

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bitte reichen Sie sämtliche Ihnen zur Verfügung stehenden Behandlungsunterlagen, Gutachten, Korrespondenz, etc. ein.

Bitte übersenden Sie uns nach Möglichkeit die Originale, da wir hiervon ggf. noch weitere leserliche Kopien für außergerichtliche Verfahren oder Gerichtsverfahren anfertigen müssen.

Wenn Sie nicht in der Lage sind, vorher für Ihre Unterlagen Kopien zu fertigen, werden wir dies gerne für Sie erledigen.

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter 0611 / 505 99 778 zur Verfügung.

Ihre Unterschrift:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift