

Datenblatt Arzthaftung

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

- a).....
- b).....
- c).....

2. Welcher Anlass lag dem Arztbesuch zugrunde?

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

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 (ggf. Beiblatt verwenden).

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

4. Nennen Sie die wesentlichen Vorerkrankungen und Krankenhausaufenthalte in der zeitlichen Reihenfolge, soweit sie für den hier in Rede stehenden Schaden Berücksichtigung finden müssen.

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

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

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

6. Befürchten Sie Spätfolgen: ja nein

Wenn ja, welche;

11. Wann wurden Sie und 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 (ggf. Beiblatt verwenden)?

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

12. Gibt es Zeugen für den Arztfehler (voller Name und Anschrift)?

- a)
- b)
- c)

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

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

14. Haben Sie weitere Ärzte als Nachbehandler hinzugezogen? ja nein

Wenn ja, Name und Anschrift angeben.

- a)
- b)
- c)

15. Mussten wegen des behaupteten Behandlungsfehlers Medikamente in Anspruch genommen werden, Operationen oder weitere Heilbehandlungen durchgeführt werden? ja nein

Wenn ja: genaue Angabe

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

.....
.....

16. Sind bereits Dritte mit dem Fall befasst?

- | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sozialversicherungsträger | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Versicherungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rechtsanwälte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Wenn ja, bitte Name und Anschrift angeben:

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

17. Schildern Sie bitte ausführlich, zu welchen Beeinträchtigungen der angebliche Kunstfehler bezüglich der „Lebensqualität und Lebensfreude“ geführt hat (z. B. Einschränkungen persönlicher oder gemeinschaftlicher Aktivitäten im gesellschaftlichen und sozialen Bereich, in Freizeit, Hobby, Beruf, Familie, etc.)

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

Ort, Datum

Unterschrift