

I. Zur Person:

Mandant:

falls abweichend Patient:

Geburtsdatum / ggf. Todestag:

Falls verstorben: Erbenstellung / Erbschein vorhanden?

Beruf:

Krankenversicherung:

Private Zusatzversicherung / Beihilfe:

Rechtsschutzversicherung / Versicherungsnr.:

II. Behandlungsverlauf

Wann begann die Behandlung?

Warum erfolgte eine Behandlung (Diagnose, Vorerkrankung, Beschwerden)

Ambulante / stationäre Behandlung vom bis

Behandelnder Arzt / Klinik / Abteilung

Behandlungsverlauf:

Entlassungstag / Letzter Behandlungstag

Bei Zahnbehandlungen: Erfolgten Nachbesserungsarbeiten? Wann und wie oft? Was wurde gemacht?

Verlassen des Krankenhauses gegen ärztlichen Rat: j/n:

III. Beteiligte Ärzte

1. Hausarzt (Name/Anschrift):

2. Facharzt (Name, Facharztbezeichnung, Anschrift):

3. Konsiliararzt (= zur Behandlung hinzugezogener Arzt)
Name, Facharztbezeichnung, Praxissitz oder Krankenhaus-Abteilung:

4. Belegarzt (Name, Facharztbezeichnung, Anschrift)

5. Krankenhausärzte

IV Vorwurf

Warum vermuten Sie Behandlungsfehler?

Wurden Sie über Risiken und Komplikationen der Behandlung / des Eingriffs aufgeklärt?
Was wurde besprochen?

Wer hat Sie wann aufgeklärt? Haben Sie keine Kopie des Aufklärungsbogens?

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

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

Liegt Ihnen ein Gutachten der Krankenkasse / Ärztekammer vor?

V. Behandlungsfolgen

Welche körperlichen Beschwerden haben Sie infolge der Behandlung? Dauer, Intensität von körperlichen Schmerzen, Verlust Selbständigkeit, Pflegebedürftigkeit, psychische Beeinträchtigungen, eingeschränkte Lebensfreude, wie etwa Verlust Hobbys, Sport zu treiben, soziale Isolierung o. ä

Haben Sie finanzielle Schäden erlitten? Z.B. Verdienstausfall (Zeiten der Arbeitsunfähigkeit), Zuzahlungen zu Hilfsmitteln, Fahrtkosten, Beerdigungskosten, Einschränkung bei der Haushaltsführung etc.