

DUMSLAFF & PARTNER

Löhrstraße 87 b
56068 Koblenz

**Erstgesprächsvorbereitung für
arzthaftungsrechtliche Mandate**

Datenschutzklausel

Wir werden alle nach genannten personenbezogenen Daten nur im Rahmen der Bearbeitung der Mandate gemäß den datenschutzrechtlichen Bestimmungen nutzen. Die Daten werden in maschinenlesbarer Form gespeichert und für die Mandatsbearbeitung maschinell verarbeitet werden. Die Mitarbeiter sind auf das Datenschutzgeheimnis gemäß § 5 BDSG verpflichtet. Ihre Daten werden von uns nicht außerhalb der Mandatsbearbeitung genutzt oder an Dritte weitergegeben. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die vorstehende Nutzung durch uns ein. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen.

Die nach § 9 BDSG erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zur Gewährleistung des Datenschutzes wurden getroffen.

I. Krankenversicherung

Krankenversicherer:

gesetzlich

privat

private Zusatzversicherung

.....

Beihilfeberechtigung (Dienstherr)

.....

II. Behandlungsumstände

Ansprüche werden geltend gemacht aufgrund des Behandlungsgeschehens vom

.....
.....

(Tag der Behandlung bzw. bei stationären Aufenthalt Zeitraum; gegebenenfalls konkreter Tag des fehlerhaften Verhaltens)

durch:

.....

(Name des behandelnden Arztes/der behandelnden Ärzte/ ggf. : unbekannt)

in der Praxis:

im Krankenhaus:

Behandlungsgrund: (Diagnose/Erkrankung)

.....
.....

Behandlungsziel:

.....
.....

Vorleiden, die mit dem behandelten Leiden in Zusammenhang stehen oder stehen könnten:

.....
.....

Behandlungsablauf (in knappen Stichworten):

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

ambulante Behandlungen am :

in:.....

Stationärer Aufnahmetag:

Notaufnahme Ja Nein

Entlassungstag:

eigenmächtige Entlassung (Verlassen des Krankenhauses gegen ärztlichen Rat):

Ja Nein

beteiligte Ärzte (ggf. mit Behandlungs Datum):.....

1. Hausarzt (Name, Praxissitz)

.....

2. Facharzt (Name, Facharztbezeichnung, Praxissitz)

.....

3. Konsiliararzt = zur Behandlung hinzugezogener Arzt (Name, Facharztbezeichnung, Abteilung)

.....

4. Belegarzt(Name, Facharztbezeichnung, Praxissitz)

.....

5. Krankenhausärzte (Name, Facharztbezeichnung, Abteilung, Funktion (z.B. Chefarzt, Oberarzt)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Fall der Vorwurf ein Verhalten von **nicht ärztlichen** Praxis- oder Krankenhausmitarbeitern betrifft, Name und Funktion des Mitarbeiters:

.....

.....

III. Vorwurf

Worin sehen Sie den Fehlschlag der Behandlung (Darstellung des Behandlungsergebnisses, der Beschwerden, der negativen Behandlungsfolgen)?

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

Fehlverhalten:

1. Behandlungsfehler? (knappe Schilderung des Verhaltens, das Ihnen fehlerhaft erscheint)

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

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

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

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

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

Wer hat Sie wann aufgeklärt?

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

Hatten Sie anderweitig (z.B. durch Hausarzt) Kenntnis von den Risiken des Eingriffs bzw. der Behandlungsmaßnahme?

Ja Nein

Wurde ein schriftliches Aufklärungsformular verwendet und von Ihnen unterzeichnet?

Ja Nein

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

Ja wahrscheinlich schon eher nicht auf keinen Fall

Wenn eher nicht oder auf keinen Fall:

Warum hätten Sie sich dann möglicherweise anders entschieden?

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

IV. Schaden

Wessen Schaden wird geltend gemacht?

ein Schaden des Patienten Ja Nein, sondern

.....

Welcher Schaden durch Ihrer Auffassung nach entstehen bzw. ist entstanden, zum Beispiel

- Heilbehandlungskosten? (Soweit nicht von einem Versicherungsträger übernommen, also etwa Zuzahlungen, Eigenanteil, Fahrtkosten)

.....
.....

- Sonstige Vermögensschäden (Verdienstaufschlag, entgangenen Gewinn, Betreuungsleistungen durch Pflegedienste, Einschränkungen bei der Haushaltsführung, Wohnungsumbau oder Umzug, Kfz-Umrüstung; bei verstorbenen Patienten: Beerdigungskosten, entgangener Unterhalt)

.....
.....

- Schmerzensgeld (Schaden, der nicht wirtschaftlich fassbar ist)

Bitte nennen Sie hier die Umstände, aus denen sie die Schmerzensgeldforderung ableiten, also Art, Dauer, Heftigkeit von Schmerzen, sonstige körperliche und seelische Beeinträchtigungen, Beeinträchtigung der Lebensfreude wie etwa Unmöglichkeit der weiteren Ausübung eines Hobbies, Sport zu treiben oder ähnlichem)

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

V. Informationen zu Krankenunterlagen

Folgende Unterlagen zum Behandlungsgeschehen liegen mir vor: (Arztbrief, Korrespondenz mit Ärzten, Mutter Pass, Rechnungen, Behandlungsunterlagen)

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

Folgende bildgebende Diagnostik (etwa Röntgen-, CT - , MRT-, PET/CT -, Sonographie-, Fotoaufnahmen, Szintigraphie)

(Art, gefertigt am, Wo?)

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

Welche dieser Unterlagen liegen ihnen persönlich vor? (bitte einkreisen)

VI. Informationen zum Stand der Dinge

Haben Sie bereits erste/das Krankenhaus mit den Vorwürfen konfrontiert? Wenn ja: wann genau, wem gegenüber und in welcher Form (schriftlich/mündlich)?

.....
.....

.....
Welche Reaktionen gab es?
.....
.....
.....

Welche sonstigen Aktivitäten haben Sie in dieser Sache bereits entfaltet (etwa ein Gutachten eingeholt, Einschaltung einer Gutachterkommission bzw. einer ärztlichen Schlichtungsstelle, Strafanzeige, Presse, Ärztekammer, gegebenenfalls bitte den Stand der Verfahren angeben)? :

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

....., den

.....
Unterschrift Mandant