

MANDANTENFRAGEBOGEN

ERSTGESPRÄCH

in

ARZTHAFTUNGSSACHEN

Bitte lesen Sie sich diesen Fragebogen aufmerksam durch, füllen ihn möglichst vollständig aus und bringen ihn zum Erstberatungsgespräch mit!

I. PERSON/MANDANT

Mandant(en):

_____ geb. am: _____

(ggf. gesetzliche Vertreter des Mandanten (bei Minderjährigen: i.d.R. beide Elternteile; bei Betreuern: Betreuer)

Patient: _____ geb. am: _____

(sofern abweichend von Mandant)

ggf. Sterbedatum: _____

Anschrift: _____

Tel.(privat): _____ Tel. (geschäftlich): _____ Handy: _____

E-Mail: _____ Fax: _____

Bankverbindung: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Beruf: _____ (selbständig/angestellt)

Beiverstorbenem Patienten:

Erbenstellung des Mandanten laut Erbschein des AG _____ vom _____

Alleinerbe/Miterbe zu _____ Erbteil in ungeteilter Erbengemeinschaft mit _____

Versicherungen:

Krankenversicherung: _____ Versicherungsnummer: _____

Rechtsschutzversicherung: _____ Versicherungsnummer: _____

Schaden-Nr.: _____

II. GEGNER

Name: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ Fax: _____ E-Mail: _____

Gegnervertreter/Haftpflichtversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____ Schaden-Nr.: _____

III. BEHANDLUNGSUMSTÄNDE

Behandlungsgeschehen vom _____

(Tag der Behandlung; bei mehreren Behandlungen oder stationärem Aufenthalt: Zeitraum)

durch: _____

(Name des / der behandelnden Arztes / Ärzte, soweit bekannt; ggf. auch Behandlungspersonal)

in der Praxis: _____

im Krankenhaus: _____

Grund der Behandlung: _____

(Einweisungsgrund / Grundleiden / Grunderkrankung)

Lag ein Notfall vor? _____

Ursprüngliches Behandlungsziel: _____

Vorerkrankungen / Vorleiden: _____

Behandlungsschronologie (in Stichworten): _____

Hausarzt / Anschrift: _____

IV. EINWILLIGUNG

Haben Sie in die Behandlung eingewilligt? Ja, schriftlich _____ Ja, mündlich _____ Nein _____

Falls nein, warum nicht? _____

Haben Sie die Einwilligung zu irgendeinem Zeitpunkt widerrufen? Wenn ja, wann und wie?

Wurden Sie vom Arzt / von den Ärzten während der Behandlung über die wesentlichen Umstände informiert

(Diagnose / Therapie / voraussichtliche, gesundheitliche Entwicklung, etc.)?

IV. VORWURF

1. Worin sehen Sie den Fehlschlag der Behandlung (Darstellung des Behandlungsergebnisses bzw. -beschwerden, negative Behandlungsfolgen)?

2. Fehlverhalten des Arztes / der Ärzte? (knappe Schilderung desjenigen Verhaltens/ der konkreten Maßnahme das/ die Ihnen fehlerhaft erscheint)

Aufgrund welcher Umstände gehen Sie von einem Behandlungsfehler aus ? (zB Auskünfte anderer Ärzte, Hinweise der behandelnden Ärzte, eigene Informationsgewinnung durch Fachliteratur / Internet / Leitlinien / Gutachten, o.ä)

3. Wurden Sie über Behandlungsmaßnahmen aufgeklärt? _____

Wenn ja, wer hat Sie wann aufgeklärt? _____

Warum denken Sie, war die Aufklärung unzureichend?

Wurde ein schriftliches Aufklärungsformular o.ä. verwendet und von Ihnen unterzeichnet?

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

Wenn nicht, warum hätten Sie dann ggf. anders entschieden?

V. SCHADEN

Wird der Schaden einer anderen Person geltend gemacht? Ja _____ Nein _____

Wenn ja, wessen Schaden (zB Mutter / Vater / Kind)? _____

1. Welche (Sach-)schäden sind entstanden (zB. Fahrtkosten / Behandlungskosten / Zuzahlungen etc.)?

2. Sonstige Vermögensschäden (zB. Verdienstaussfall / entgangener Gewinn / Einschränkungen bei der Haushaltsführung etc.)?

3. Schmerzensgeld

Aus welchen Umständen denken Sie, Schmerzensgeldansprüche ableiten zu können?

(zB Art / Dauer / Häufigkeit der Schmerzen / Beeinträchtigung seelischer Art / Einschränkungen im Alltag, zB Ausübung von Hobbys, Sport, anderen Betätigungen, etc.)

VI. BEHANDLUNGSUNTERLAGEN

Folgende Unterlagen zum Behandlungsgeschehen liegen vor (zB Arztbriefe / Terminzettel / Korrespondenz mit Ärzten, Krankenkassen, Arzneimittelverschreibungen, Mutterpass, Rechnungen, etc.):

Folgende Bildgebende Diagnostik wurde durchgeführt (zB Röntgen, CT, MRT, Sonographie, Fotoaufnahmen, etc.):

Sollen wir für Sie die Behandlungsunterlagen des Arztes / Krankenhauses anfordern? Ja _____ Nein _____

VII. INFORMATIONEN ZUM AKTUELLEN STAND

Haben Sie bereits Ärzte / das Krankenhaus mit den Vorwürfen konfrontiert?: Ja _____ Nein _____

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 (zB Gutachteneinholung / Einschaltung einer Gutachterkommission bzw. ärztlichen Schlichtungsstelle / Strafanzeige / Presse/ Ärztekammer / Krankenkasse, etc.)?

Haben Sie von uns bereits eine Vollmacht / Schweigepflichtentbindungserklärung erhalten und ausgefüllt?

Ja _____ Nein _____

Ort, Datum

Unterschrift Mandant / gesetzlicher Vertreter