

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