

Fragebogen zu möglichen Behandlungsfehlern

Vorname, Name:	_____
Geboren am:	_____
Krankenkasse/ Versicherungsnummer:	_____
Anschrift:	_____
Telefon:	_____
Handy:	_____

Fragen zur Behandlung:

1. Wem wird der Fehler vorgeworfen (Arzt/Klinik/sonstige Behandler)?
Bitte geben Sie Namen und Anschriften an:

2. Welcher unmittelbare Anlass lag dem Arztbesuch/dem Krankenhausaufenthalt zugrunde?

3. In welchem Zeitraum wurden Sie dort wegen dieses Anlasses behandelt?

4. Welche wesentlichen Vorerkrankungen/Operationen/Therapien könnten von Bedeutung sein?

5. Lagen bei Ihnen besondere Risiken (z.B. Medikamenten-Unverträglichkeit, Allergien etc.) vor?

Fragen zum möglichen Behandlungsfehler:

6. Was wurde nach Ihrer Auffassung falsch gemacht?

7. Was hätte Ihrer Meinung nach getan werden oder unterbleiben müssen, damit es nicht zu Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung gekommen wäre?

8. Welche unmittelbaren Schäden haben Sie durch die vermutete Fehlbehandlung erlitten (z.B. Schmerzen, verlängerte Behandlungszeit, Nachoperation, zusätzliches Röntgen, zusätzliche Medikamente)?

9. Wie kam es zum vermuteten Fehler? Wann traten die dadurch verursachten Beschwerden auf? Wie ist das jetzige Beschwerdebild?

10. Welche Ärzte bzw. Krankenhäuser führten im Vorfeld der Schädigung Behandlung und Untersuchung (z.B. Röntgen) durch? Bitte geben Sie Name und Anschrift an.

Behandler	- Zeitraum -	Art der Behandlung bzw. Untersuchung

11. Welche Ärzte bzw. Krankenhäuser führten nach der Schädigung Behandlungen (z.B. Röntgen) durch? Bitte geben Sie Namen und Anschriften an.

Behandler	- Zeitraum -	Art der Behandlung bzw. Untersuchung

12. Wer behandelt Sie jetzt? Bitte geben Sie Name und Anschrift an.

Behandler	- Zeitraum -	Art der Behandlung bzw. Untersuchung

13. Haben Sie bei dem Arzt etc., den Ihr Vorwurf trifft, über Ihre Vermutung, es sei ein Behandlungsfehler aufgetreten, gesprochen? Wie war ggf. seine Reaktion?

14. Gab es Hinweise auf einen Behandlungsfehler durch (andere) Ärzte/Pflegepersonal/Arzthelfer der Praxis/Klinik? Ggf. Name und Adresse angeben.

Aufklärung

15. Wann und von wem wurden Sie in einem Gespräch über die geplante ärztliche Behandlung und das Behandlungsrisiko aufgeklärt? Wurde Ihnen eventuell ein Vordruck ausgehändigt?

16. Gab es Behandlungsalternativen und wurden sie Ihnen erläutert (Vor- und Nachteile, Risiken)?

ja

nein

17. Hätten Sie in die Behandlung eingewilligt, wenn Sie über das konkrete Risiko (aus dem Ihr Schaden resultiert) aufgeklärt worden?

ja

nein

Dokumentation

18. Gibt es Krankenunterlagen, MRT-Aufnahmen, Röntgenbilder, eine zweite ärztliche Meinung oder Gutachten? Bitte fügen Sie diese Unterlagen bei.

19. Sind bereits Dritte mit dem von Ihnen vorgetragenen Sachverhalt befasst?

a) Rechtsanwalt:

ja

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

b) Sozialversicherungsträger:

ja

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

c) Versicherungen:

ja

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

d) Gutachterkommission:

ja, am _____

20. Haben Sie eine Rechtsschutzversicherung?

ja nein _____ nicht sicher bekannt _____

Verjährung

21. Seit wann haben Sie die Vermutung eines Behandlungsfehlers und Kenntnisse der wesentlichen Umstände?

Datum und Unterschrift der/des Mandanten

