

Mandantenfragebogen/Medizinrecht

Mandantenfragebogen in Sache

.....

1. Zur Person

Mandant:

Patient:

Geburtsdatum:

Ggf. Sterbedatum:

Ggf.: gesetzlicher Vertreter des Mandanten (bei mdj. Mandanten z.B. beide Elternteile bei gemeinsamer Sorge/bei Betreutem: eingesetzter Betreuer):

Beruf:

Selbstständig/angestellt:

.....

Bei verstorbenem Patienten: Erbenstellung des Mandanten

Erbenstellung siehe Erbschein des AG vom.....

Alleinerbe/ Miterbe zu (Erbanteil) in ungeteilter Erbengemeinschaft mit

.....

Krankenversicherer:

Gesetzlich: Privat:

(Private Zusatzversicherung):

Beihilfeberechtigung (Dienstherr):

II. Behandlungsumstände

Ansprüche werden geltend gemacht aufgrund des Behandlungsgeschehens

vom

(Tag der Behandlung; bei mehrzeitigem Behandlungsgeschehen/ stationärem Aufenthalt:

Zeitraum, ggf. konkreter Tag des fehlerhaften Verhaltens)

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

in der Praxis (Name des Praxisinhabers)/

im Krankenhaus (Name)

des/der (Krankenhausträger; Bsp.: x-GmbH; Kreis XY)

Behandlungsgrund:

(Diagnose/ Grundleiden/ Grunderkrankung)

Behandlungsziel:

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

Behandlungschronologie (in knappen Stichworten)

Ambulante Behandlungen am:

in:

Stationäre(r) Aufenthalt(e), Aufnahmetag:

Notaufnahme: j / n

Entlassungstag:

Eigenmächtige Entlassung (Verlassen des Krankenhauses gegen ärztlichen Rat): j/n

Beteiligte Ärzte (ggf. mit Behand'ungsdatum):

1. Hausarzt (Name, Praxissitz)

2. Facharzt (Name, Facharztbezeichnung, Praxissitz)

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

4. Belegarzt (Name, Facharztbezeichnung, Praxissitz)

5. Krankenhausärzte (Name; Facharztbezeichnung, medizinische Abteilung, Funktion in der Krankenhaushierarchie: etwa Chefarzt, Oberarzt, Assistenzarzt; Funktion bei konkreter Behandlung: etwa Operateur, Stationsarzt, Narkosearzt)

Falls der Vorwurf ein Fehlverhalten von nicht ärztlichen Praxis-/ Krankenhausmitarbeitern betrifft:

.....

Name und Funktion des Mitarbeiters:

III. Vorwurf

Worin sehen Sie den Fehlschlag der Behandlung (Darstellung des Behandlungsergebnisses –
 Beschwerden, negative Behandlungsfolgen)

.....

Fehlverhalten:

1. Behandlungsfehler? (knappe Schilderung desjenigen Verhaltens, der konkreten Maßnahme,
 das/die Ihnen fehlerhaft erscheint)

.....

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

.....

Für den Fall des Vorwurfs eines Behandlungsfehlers:

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

.....

Für den Fall des Vorwurfs eines Aufklärungsfehlers:

- Wer hat Sie wann aufgeklärt?
- Hatten Sie ggf. anderweitig – z. B.: Hinweise zur OP durch den einweisenden Arzt Kenntnis
 von den Risiken des Eingriffs/ der Behandlungsmaßnahme? :
- Wurde ein schriftliches Aufklärungsformular o.ä. verwendet und von Ihnen unterzeichnet?

.....

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

Ja/Wahrscheinlich schon/Eher nicht/Nein, auf keinen fall

- Wenn nicht: warum hätten Sie sich dann möglicherweise anders entschieden?

.....

IV. Schaden

Wessen Schaden wird geltend gemacht?

- ein Schaden des Patienten
- ein Schaden anderer Personen:

Welcher Schaden (entstandener wie zu erwartender) wird geltend gemacht?

- Heilbehandlungskosten (soweit nicht von einem Versicherungsträger übernommen, also etwa Zuzahlungen, Eigenanteil, Fahrtkosten):

.....

- Sonstige Vermögensschäden (etwa: Verdienstausschlag, entgangener Gewinn, Betreuungsleistungen durch Pflegedienste, Einschränkungen bei der Haushaltsführung, Wohnumbau/ Umzug, Kfz-Umrüstung / bei verstorbenem Patienten: Beerdigungskosten, entgangener Unterhalt)

.....

- Schmerzensgeld (Schaden, der nicht wirtschaftlich fassbar ist)
 Bitte nennen Sie die Umstände, aus denen Sie die Schmerzensgeldforderung ableiten (also neben Art, Dauer, Heftigkeit von Schmerzen auch alle sonstigen körperlichen und seelischen Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Lebensfreude wie etwa Unmöglichkeit der weiteren Ausübung eines Hobbys, Sport zu treiben o.ä. Bitte geben Sie auch an, wie lange die Beeinträchtigungen hinzunehmen waren bzw. welche anhalten und welche wohl dauerhaft in Kauf genommen werden müssen)

.....

V. Informationen zu Krankenunterlagen

Folgende Unterlagen zum Behandlungsgeschehen liegen mir vor: (etwa: Arztbriefe/ Termins Zettel/Korrespondenz mit Ärzten o. Krankenkasse / Arzneimittelverschreibungen/ Mutterpass/ Rechnungen)

.....

Folgende bildgebende Diagnostik (etwa Röntgen-, CT-, MRT-, Sonographie-, Fotoaufnahmen, Szintigrafie) wurde durchgeführt, (bitte kreisen Sie die Unterlagen, die Ihnen auch persönlich vorliegen zusätzlich ein):

Art:

Gefertigt am:

Wo?

V. Informationen zu Krankenunterlagen

Folgende Unterlagen zum Behandlungsgeschehen liegen mir vor: (etwa: Arztbriefe/Termin Zettel/Korrespondenz mit Ärzten o. Krankenkasse/ Arzneimittelverschreibungen/ Mutterpass/ Rechnungen)

.....

Folgende bildgebende Diagnostik (etwa Röntgen-, CT-, MRT-, Sonographie-, Fotoaufnahmen, Szintigrafie) wurde durchgeführt (bitte kreisen Sie die Unterlagen, die Ihnen auch persönlich vorliegen, zusätzlich ein):

Art:

Gefertigt am:

Wo?

VI. Informationen zum Stand der Dinge

Haben Sie bereits Ärzte/ das Krankenhaus mit den Vorwürfen konfrontiert?

Wenn ja: wann genau, wem gegenüber und in welcher Form (schriftlich/ mündlich)?

.....

Welche Reaktion gab es?

.....

Welche sonstigen Aktivitäten haben Sie in dieser Sache bereits entfaltet (etwa Gutachteneinholung; Einschaltung einer Gutachterkommission bzw. ärztlichen Schlichtungsstelle; Strafanzeige; Presse/ Ärztekammer informiert – ggf.: Stand des Verfahrens?)

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift Mandant