FRAGEBOGEN

# Arzthaftungsrecht

Ihre Angaben - unsere Grundlage für eine erste Einschätzung.

Mit diesem Fragebogen möchten wir uns zunächst einen Überblick über Ihren Fall verschaffen. Bitte beantworten Sie die Fragen soweit es Ihnen möglich ist. Sie müssen keine medizinischen Fachbegriffe verwenden. Wenn Sie einzelne Angaben nicht wissen, ist das kein Problem; weitere Informationen und Unterlagen können später ergänzt werden.

## 1 Angaben zu Ihrer Person

Nachname, Vorname

Anschrift

Geburtsdatum

Beruf

Telefon / Mobil

E-Mail

**Krankenversicherung**

○ gesetzlich ○ privat

☐ Ich bin einverstanden, dass der Schriftverkehr grundsätzlich per E-Mail geführt wird.

## Kontaktperson (falls abweichend)

**Die Korrespondenz soll geführt werden über:**

○ mich selbst ○ folgende Kontaktperson

Nachname, Vorname

Anschrift

Telefon / Mobil

E-Mail

Verhältnis zu Ihnen

☐ Ich entbinde Gellner & Collegen gegenüber der angegebenen Kontaktperson von der anwaltlichen Schweigepflicht.

## 2 Rechtsschutzversicherung (falls vorhanden)

Versicherung

Versicherungsnummer

Versicherungsnehmer

Verhältnis zu Ihnen

## 3 Um welche Behandlung geht es?

Falls mehrere Ärzte oder Krankenhäuser beteiligt waren, genügt zunächst die Angabe der aus Ihrer Sicht wichtigsten Behandler.

| | |
|---|---|
| Arzt / Krankenhaus | |
| Fachabteilung | |
| Ort | |
| Behandlungszeitraum | |

## 4 Was ist passiert?

Bitte schildern Sie kurz, weshalb Sie sich in ärztliche Behandlung begeben haben und wie die Behandlung verlaufen ist.

*Schildern Sie den Ablauf einfach mit Ihren eigenen Worten. Zeitangaben oder ungefähre Zeiträume helfen uns bei der Einordnung.*

## 5 Was ist aus Ihrer Sicht nicht richtig gelaufen?

Bitte beschreiben Sie, was bei der Behandlung aus Ihrer Sicht nicht richtig gelaufen ist.

*Was hätte Ihrer Meinung nach anders gemacht werden sollen? Hat ein anderer Arzt später etwas zu der Behandlung gesagt?*

Wann hatten Sie erstmals den Eindruck, dass möglicherweise etwas falsch gelaufen ist?

## 6 Welche Folgen hat die Behandlung für Sie?

*Bitte kreuzen Sie nur das an, was aus Ihrer Sicht mit der beanstandeten Behandlung zusammenhängt.*

- ☐ Schmerzen / Beschwerden
- ☐ weitere Behandlung(en) / Operation(en)
- ☐ Krankenhausaufenthalt
- ☐ Reha
- ☐ dauerhafte gesundheitliche Beeinträchtigungen
- ☐ Arbeitsunfähigkeit
- ☐ Einschränkungen im Beruf
- ☐ Einschränkungen im Haushalt / Alltag
- ☐ Pflege- / Hilfebedarf
- ☐ sonstige finanzielle Nachteile

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre wichtigsten Beschwerden und Einschränkungen.

Waren oder sind Sie aufgrund der beanstandeten Behandlung arbeitsunfähig? ○ nein ○ ja

Zeitraum der Arbeitsunfähigkeit

**Sind die gesundheitlichen Folgen nach Ihrer Einschätzung dauerhaft?**

○ ja ○ nein ○ unklar

**Bestanden die heute maßgeblichen Beschwerden bereits vor der beanstandeten Behandlung?**

○ ja ○ nein ○ teilweise

Falls ja oder teilweise: Welche Beschwerden bestanden bereits vorher?

## 7 Aufklärung vor einem Eingriff / einer ärztlichen Maßnahme

Wurden Sie vor dem Eingriff bzw. der Maßnahme aufgeklärt? ○ ja ○ nein ○ weiß ich nicht

Wurden Sie im Gespräch/mündlich auf das später eingetretene Risiko hingewiesen? ○ ja ○ nein ○ weiß ich nicht

Wurde Ihnen eine Kopie des Aufklärungsbogens ausgehändigt? ○ ja ○ nein ○ weiß ich nicht

Wann? Von wem?

## 7 Aufklärung vor einem Eingriff / einer ärztlichen Maßnahme - Fortsetzung

Hätten Sie in den Eingriff eingewilligt, wenn Sie das eingetretene Risiko gekannt hätten? ○ ja ○ nein ○ weiß ich nicht

Falls nein: Warum hätten Sie sich anders entschieden?

Wurden Ihnen Behandlungsalternativen erläutert? ○ ja ○ nein ○ weiß ich nicht

Falls nein: Hätten Sie sich bei Kenntnis der Behandlungsalternativen anders entschieden? ○ ja ○ nein ○ weiß ich nicht

Falls ja: Wie hätten Sie sich entschieden?

**Weitere Anmerkungen zum Aufklärungsgespräch**

## 8 Welche Unterlagen liegen Ihnen bereits vor?

**Behandlungsunterlagen:** ○ liegen vor ○ teilweise vorhanden ○ liegen nicht vor ○ weiß ich nicht

Wenn Ihnen bereits Unterlagen vorliegen, können Sie diese gerne zusammen mit dem Fragebogen übersenden. Eine vollständige Zusammenstellung ist für die erste Prüfung noch nicht erforderlich.

## 9 Was haben Sie bislang unternommen?

Haben Sie bereits selbst etwas hinsichtlich des vermuteten Behandlungsfehlers unternommen? Wenn ja, was?

## 10 Wie sind Sie auf unsere Kanzlei aufmerksam geworden?

☐ Empfehlung ☐ Google ☐ Social Media ☐ Sonstiges:

**Vielen Dank für Ihre Angaben. Wir melden uns nach Prüfung der ersten Informationen bei Ihnen.**