

Fragebogen für Anspruchsteller

1. Patientendaten:

a)

Nachname	Vorname	ggf. Geburtsname/früherer Name
----------	---------	--------------------------------

b)

Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort	Telefon
--------------------	-----	---------	---------

c)

Geburtsdatum	Geburtsort
--------------	------------

d) Beruf (bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit)

2. **WANN** soll die fehlerhafte Behandlung erfolgt sein? _____

3. Von **WEM** verlangen Sie Schadensersatz?

(Bitte **Angaben von Namen und Anschrift** des Krankenhauses/niedergelassenen Arztes)

4. Ist wegen des geltend gemachten Schadens bereits ein Anspruch gegen die in Ziffer 3 genannten Personen bzw. Institutionen erhoben worden?

Falls ja, bitten wir um Überlassung des Schriftwechsels.

() ja () nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

5. Ist wegen der geltend gemachten Schädigung bereits ein Verfahren (Straf- oder Zivilprozess) anhängig (bzw. gewesen)?

Falls ja, bitte Aktenzeichen und Gericht/Staatsanwaltschaft angeben.

() ja () nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

6. **Krankenversicherung:** () gesetzlich () privat (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Anschrift der Krankenkasse bzw. Krankenversicherung:

Mitgliedsnummer, Versicherungsnummer:

7. Liegt bereits ein **MDK-Gutachten** vor?

() ja (Falls ja: Bitte eine Kopie beifügen) () nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

8. Wird bereits eine **Rente** gezahlt () ja () nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

() aus einer der gesetzlichen Rentenversicherungen eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit

() aus der gesetzlichen Unfallversicherung eine Unfallrente

() eine Versorgungsrente vom Versorgungsamt

Falls ja: Bitte Anschrift und Aktenzeichen der zahlenden Stelle angeben und Datum des Rentenbeginns.

9. In welchen Tatsachen wird die Schädigung erblickt, d.h. auf welche Weise soll sie erfolgt sein?

Diese Darstellung geben Sie bitte möglichst genau (auf einem gesonderten Bogen), sofern dies nicht bereits dem Antragsschreiben (oder einem anderen uns bereits übersandten Schreiben) zu entnehmen ist.

10. Ist wegen der behaupteten Schädigung bereits gegen einen Dritten ein Anspruch erhoben worden (z.B. gegen den Verursacher eines Unfalls, der zu der beanstandeten Behandlung führte)?

() ja () nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Falls ja: Gegen wen und mit welchem Ergebnis?

11. Alle nachstehend genannten Ärzte, Versicherer, und andere zur Erteilung von Auskünften fähigen Personen und Stellen werden von der Schweigepflicht entbunden. Eine gesonderte Erklärung erfolgt auf **getrenntem Bogen**.

Vor- und nachbehandelnde Ärzte/Krankenhäuser, Hausarzt

12. In den fünf Jahren **vor** der Schädigung:

12.1 _____
Name/Krankenhaus Fachrichtung von/bis

Straße, Hausnummer PLZ Ort

12.2 _____
Name/Krankenhaus Fachrichtung von/bis

Straße, Hausnummer PLZ Ort

12.3 _____
Name/Krankenhaus Fachrichtung von/bis

Straße, Hausnummer PLZ Ort

12.4 _____
Name/Krankenhaus Fachrichtung von/bis

Straße, Hausnummer PLZ Ort

13. **Nach** der Schädigung

13.1 _____
Name/Krankenhaus Fachrichtung von/bis

Straße, Hausnummer PLZ Ort

13.2 _____
Name/Krankenhaus Fachrichtung von/bis

Straße, Hausnummer PLZ Ort

13.3 _____
Name/Krankenhaus Fachrichtung von/bis

Straße, Hausnummer PLZ Ort

13.4

Name/Krankenhaus	Fachrichtung	von/bis
------------------	--------------	---------

Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
--------------------	-----	-----

Datum

Unterschrift

als Patient/Patientin, als gesetzl. Vertreter/Vertreterin, als Erbe