

Antrag

auf Durchführung eines Verfahrens bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der
Landesärztekammer Brandenburg

Aktenzeichen der Gutachterstelle
(falls bekannt)

1. Patientendaten

Name		Vorname	
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geburtsdatum		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	ggf. Todesdatum		
Geburtsname		Geburtsname	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon		mobil	
E-Mail			

2. Anderer Antragsteller (z.B. Eltern/Vertreter/Betreuer/Erben)

Name		Vorname	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geburtsdatum		
Geburtsname		Geburtsname	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefon		mobil	
E-Mail			
Stellung zum Patienten (z.B. Eltern, Vertreter, Betreuer, Erben)			

Wurde wegen der nach Ihrer Auffassung fehlerhaften Behandlung bereits Klage bei einem Gericht erhoben oder Anzeige bei der Polizei oder einer Staatsanwaltschaft erstattet?

ja nein

Falls ja, bitte Angabe des Gerichtes, der Polizeidienststelle oder der Staatsanwaltschaft mit Angabe des Aktenzeichens.

Hinweis: Falls Sie diese Frage mit „ja“ beantwortet haben, kann die Gutachterstelle gemäß ihrer Satzung nicht weiter für Sie tätig werden. Sie müssen den Fragebogen dann nicht weiter ausfüllen, sondern können ihn direkt an die Gutachterstelle zurücksenden. Falls Sie die Frage mit „nein“ beantwortet haben, fahren Sie bitte mit der Beantwortung der Fragen fort.

Liegt ein MDK-Gutachten vor?

ja nein

Falls ja, bitte Angabe beifügen.

3. Behandlungsdaten

Wo erfolgte die nach Ihrer Auffassung fehlerhafte Behandlung?

(Bitte Name und Anschrift der Behandlungseinrichtung angeben, ggf. Fachabteilung, ggf. Angabe des behandelnden Arztes.)

Wann erfolgte die nach Ihrer Auffassung fehlerhafte Behandlung?

Bitte Zeitpunkt oder Zeitraum so genau wie möglich angeben.)

4. Sachverhaltsdarstellung

Bitte schildern Sie den Behandlungsverlauf und stellen Sie dar, worin nach Ihrer Auffassung die Fehlbehandlung besteht und welche gesundheitlichen Schäden durch diese Fehlbehandlung entstanden sind.

5. Vor- und nachbehandelnde Ärzte

Vorbehandlung

Behandlungseinrichtung/Fachabteilung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Behandlungszeitraum

Vorbehandlung

Behandlungseinrichtung/Fachabteilung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Behandlungszeitraum

Vorbehandlung

Behandlungseinrichtung/Fachabteilung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Behandlungszeitraum

Nachbehandlung

Behandlungseinrichtung/Fachabteilung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Behandlungszeitraum

Nachbehandlung

Behandlungseinrichtung/Fachabteilung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Behandlungszeitraum

Nachbehandlung

Behandlungseinrichtung/Fachabteilung

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Behandlungszeitraum

Werden/wurden auch gegenüber einem Vor- oder Nachbehandler
Behandlungsfehlervorwürfe erhoben?

ja

nein

Wenn ja, gegenüber welcher Behandlungseinrichtung?

6. Verfahrensstand

Gibt es bereits Schriftverkehr mit der Behandlungseinrichtung, der Sie den Vorwurf der Fehlbehandlung machen?

ja

nein

Falls ja, bitte Kopien beifügen.

Gibt es bereits Schriftverkehr mit der Haftpflichtversicherung der Behandlungseinrichtung, der Sie den Vorwurf der Fehlbehandlung machen?

ja

nein

Falls ja, bitte Kopien beifügen.

Ich/wir unterschreiben diesen Antrag als:

- Patient persönlich
- Gesetzliche Vertreter des Patienten (z.B. Eltern)
- bevollmächtigter Vertreter*
- Betreuer*
- Erbe/Erben*

*Nachweise bitte beifügen

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel

Hinweis:

Die Übersendung von Dokumentationen, die Ihnen möglicherweise als Patient vorliegen und für das Gutachterverfahren benötigt werden (z.B. Röntgenbilder, Arztbriefe, OP-Berichte, Befunde, Atteste, Mutterpass und/oder Kinderuntersuchungsheft) ist noch nicht erforderlich, sondern erst, wenn uns alle Zustimmungen der Verfahrensbeteiligten vorliegen.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Patientendaten	
Name	Vorname
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Geburtsname
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Landesärztekammer Brandenburg bei den in diesem Antrag genannten Ärzten und Behandlungseinrichtungen Behandlungsunterlagen anfordert, die mit der beanstandeten Behandlung in Zusammenhang stehen und diese im Gutachterverfahren zur Aufklärung des Sachverhaltes heranzieht.

Ich/Wir entbinde/n zugleich diese behandelnden Ärzte/Behandlungseinrichtungen, Gutachter, Versicherungsträger und Behörden von der Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber Beteiligten im Verfahren bei der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen der Landesärztekammer Brandenburg.

Darüber hinaus entbinde/n ich/wir die Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen bei der Landesärztekammer Brandenburg von ihrer Schweigepflicht, soweit diese Informationen an die anderen Beteiligten des Verfahrens (z.B. Arzt oder Krankenhaus, Versicherung, Bevollmächtigte) weitergegeben werden müssen.

Ich/wir unterschreiben diesen Antrag als:

- Patient persönlich
- Gesetzliche Vertreter des Patienten (z.B. Eltern)
- bevollmächtigter Vertreter*
- Betreuer*
- Erbe/Erben*

*Nachweise bitte beifügen

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel

Ort, Datum

Unterschrift / Stempel

Informationen zur Datenverarbeitung der Landesärztekammer Brandenburg finden Sie unter: www.laekb.de/datenschutzinformation.
Auf Anfrage senden wir Ihnen diese gern auch postalisch zu.