Rechtsanwältin und
Fachanwältin für Medizinrecht
Anita Faßbender
Felsweg 16
35435 Wettenberg
Telefon: 0 641-971 74 54
Telefax: 0 641-971 74 56
info@fassbender-rechtsanwaelte.de
www.fassbender-rechtsanwaelte.de

Fragebogen für Medizinschadenfälle

Angaben zum Geschädigten

Anspruchsteller/ in

Name:

Anschrift:

Geboren am:

Bei Minderjährigen

Name und Vorname der Eltern oder gesetzl. Vertreter:

Anschrift:

Telefon : privat beruflich

Telefax: privat beruflich

EMail: privat beruflich

Besteht eine Rechtsschutzversicherung?
(Wenn ja, Name der Gesellschaft, Anschrift, Versicherungsschein –Nr.,bitte ggflls. Kopie der Versicherungspolice beifügen)

Wo und wie sind Sie krankenversichert?
Bitte genaue Anschrift der Krankenkasse, Name des Mitglieds und Versicherten Nr.

Ihre Bankverbindung

Konto Inhaber:

IBAN: Geldinstitut:

BIC:

Behandlung

Sollte der Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen, verwenden Sie bitte ein Beiblatt. Wir bitten das Beiblatt nach Möglichkeit leserlich auszufüllen oder den PC zu benutzen.

Wegen welcher Erkrankungen(Diagnose)/Verletzung/Beschwerdesymptomatik haben Sie sich in ärztliche Behandlung begeben?

Ggflls. Überweisungsschein, Arztbrief beifügen

Wenn Vorbehandlung bei einem anderen Arzt stattfand, bitte Namen, Anschrift, Zeitraum und Behandlungsmaßnahmen hier angeben.

Wo und von wem wurden Sie ambulant/stationär deswegen behandelt?
Name und Anschrift des behandelnden Arztes / Krankenhauses angeben!

Wann fand die Behandlung oder Operation statt?

Welche Diagnostik, Behandlung, Therapie, oder Operation wurde durchgeführt?

Sind Sie als Privatpatient behandelt worden?
Wenn ja, bitte Kopie der Wahlleistungsabrede oder Zusatzvereinbarung beifügen.

Bei einer Behandlung in einer Klinik über einen längeren Zeitraum bitte jeweils die genauen Daten der stationären Aufnahme und Entlassung, Grund der stationären Behandlung sowie die Daten einer evtl. ambulanten Behandlung mitteilen.

Bitte die genauen Namen, Anschriften und Zeiträume angeben. **Ggflls. ges. Blatt benutzen**:

Name	Anschrift	Zeitraum/Grund

Sind Sie über den Behandlungsverlauf, auftretende Probleme und Behandlungs-alternativen aufgeklärt worden?

Schildern Sie in Form eines **Gedächtnisprotokolls** auf einem gesonderten Blatt möglichst genau die Geschehnisse der Behandlung, des Behandlungsverlaufs, die Vorgänge nach der Behandlung und die Einzelheiten eines Aufklärungsgesprächs!

Notieren Sie die Namen und Vornamen, Straße- Hausnummer, Wohnort von Zeugen, wie Mitpatienten. Bitten Sie Ihre Mitpatienten um schriftliche Bestätigung Ihrer Angaben. Das Schreiben Ihrer Zeugen sollte in jedem Fall eine Unterschrift und ein Datum enthalten.

Worin besteht Ihrer Meinung nach der Behandlungsfehler und wem werfen Sie diesen Behandlungsfehler vor?

Bei welchen Ärzten, Therapeuten und in welchen Kliniken sind Sie nach der beanstandeten Behandlung bis heute behandelt worden?

Bitte die genauen Namen, Anschriften und Zeiträume angeben. **Gggf. ges. Blatt benutzen**:

Name	Anschrift	Zeitraum

Welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen lagen nach der beanstandeten Behandlung vor?
Bitte Arztbrief beifügen

Wie ist Ihr derzeitiger Gesundheitszustand? Handelt es sich um einen dauerhaften/ vorübergehenden Gesundheitsschaden?
Bitte wenn vorhanden, aktuellen Arztbericht beifügen:
Hier bitte Kurzdarstellung:

Schaden

Immaterieller Schaden.

Als solchen bezeichnet man das **Schmerzensgeld,** welches vom Schädiger als Ausgleich für Schäden nicht vermögensrechtlicher Art zu zahlen ist.

Bitte machen Sie sich zu den nachstehend genannten Bereichen Gedanken und teilen Sie uns bitte auf einem gesonderten Beiblatt Ihre Angaben mit, damit wir für Sie das Schmerzensgeld beziffern können.

Zur durch ein Schmerzensgeld abzugeltenden Beeinträchtigung der Lebensfreude gehören:

1. Behinderungen im Alltag, welche konkreten?

   etwa durch Schmerzen: Bei Einnahme von Schmerzmitteln bitte genaue Angabe des Medikamentes und der Dosierung und Häufigkeit, evtl. Ausdruck Apotheke beifügen. Bei psychischen Beeinträchtigungen Attest des behandelnden Arztes bitte ebenfalls beifügen oder nachreichen.

2. Behinderung bei Tätigkeiten im Haushalt und in der Körperpflege, welche?

3. Behinderungen im Erwerbsleben, welche konkreten?

   - Unmöglichkeit der Erfüllung eines Berufswunsches,
   - Aufgabe eines Berufs mit Zukunftsängsten,
   - Aufgabe der Karriere wegen Verlust des Partners, bei Sportlern wegen grundlegender Umstellung des Lebensstils etc.,
   - nachhaltige Störung einer schulischen Entwicklung eines Kindes durch einen langen Krankenhausaufenthalt,
   - bei Selbständigen Minderung der Leistungsfähigkeit, ein zeitweiser oder dauernder Ansehens-Vertrauensverlust, Zweifel an der Leistungskraft seitens potenzieller Kunden oder Auftraggeber.

4. Behinderung in Ihrem Familienleben ?

   - Verlust an Normalität des Familienlebens z.B. bei gesundheitlich dauerhaft geschädigten Kindern, Störungen im Sexualleben, etc.

5. Behinderung in Ihrer Freizeitgestaltung:

   - Verlust an Freizeit, etwa durch häufige Arztbesuche, wann, wie oft?
   - Beeinträchtigung bei sportlichen Aktivitäten, welche?
   - Verlust an sozialen Kontakten, welcher Art?

6. Sonstiges, bitte ggflls. gesondertes Blatt benutzen

Materieller (finanzieller) Schaden

Beziehen Sie Sozialleistungen?

BSHG-Pflegegeld ?, Pflegeleistungen der Krankenkasse? Unfall-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsrente ? Eingliederungsbeihilfe ? Versorgungsrente ?

Bitte Leistungszeitraum und Höhe der Leistungen angeben; wenn möglich Bescheide in Kopie beifügen.

Haben sie einen Schwerbehindertenausweis beantragt?
Wenn ja, bitte Kopie beifügen.

Welcher zeitliche und finanzielle Mehraufwand fällt aufgrund des Gesundheitszustandes an?

Wie hat sich die Behinderung auf Ihren Tagesablauf ausgewirkt?

Benötigen Sie fremde Hilfe?

Körperpflege ?
Hygiene ?
An.- und Ausziehen ?
Nahrungsaufnahme ?
Fortbewegung ?
Hausarbeit ?
Autofahren ?
Weitere?

Haben Sie in Folge Ihrer Verletzungen / Behinderung materielle Mehraufwendungen gehabt, die nicht von dritter Seite ersetzt wurden, wie

- Fahrten zu Ärzten, Krankengymnasten (Transportmittel, Entfernung, Häufigkeit)?
- Höhenverstellbare Büromöbel?
- Arzneimittel?
- Kosten für die Umrüstung des Bades? / Behindertengerechter Umbau der Wohnung, Treppenlift, Aufzug?
- Kosten für Gutachten, Architekten?
- Betreuungsaufwand?
- Brille, Hörgerät, Prothesen, Rollstuhl, orthopädische Schuhe?

- Kraftfahrzeug, Kosten für Umbau auf Automatikgetriebe, Mehrkosten für die Anschaffung eines behindertengerechten Fahrzeugs?

- Kleiderverschleiß?

- Körperpflegemittel?

- Kosten für Krankengymnastik, Massage, Kur?

- Pflegemehraufwand?

- Haushaltshilfe?

- Kosten einer Heimunterbringung?

- Erhöhter Wasser und Stromverbrauch?

- Erhöhte Heizkosten?

- Spezielle Nahrungsmittel

- Neuanschaffungen in Folge der Verletzung/Behinderung, Haushaltsmaschinen, andere Hilfsmittel?

- Mußten Sie irgendwelche Zuzahlungen zu Krankenbehandlungen oder Medikamenten leisten?

Hatten oder haben Sie einen Verdienstausfall?

Zur Prüfung eines Verdienstausfalles benötigen wir folgende Unterlagen:

- Arbeitsvertrag
- Einkommenssteuerbescheid für das Vorjahr vor der streitgegenständlichen Behandlung,
- letzte Lohn- und Gehaltsabrechnung vor der Behandlung,
- Mitteilung Ihrer Krankenkasse über die Dauer der Krankengeldzahlung und
- Mitteilung des **kalendertäglichen Krankengeldes.**

  Bitte beachten Sie ohne die Angabe des **kalendertäglichen Krankengeldes** ist eine Berechnung Ihres Verdienstausfalles nicht möglich. Diese Angaben erhalten Sie auf Nachfrage bei Ihrer Krankenkasse. Die Angabe der Gesamtsumme der Krankengeldzahlung ist nicht ausreichend!

  Zu allen erbetenen Angaben benötigen wir schriftliche Unterlagen!

Hat die Verletzung/ Behinderung <u>Auswirkungen auf Ihre berufliche Tätigkeit</u> gehabt, wie z. B.?

Ver-/ oder Umsetzung

Geringere Wochenarbeitszeit?

Entlassung?

Wie sieht Ihre berufliche Zukunft aus?

Haben Sie Kranken- oder Behandlungsunterlagen angefordert oder bereits in Besitz?

Wenn ja, wann haben Sie die Unterlagen bekommen? Bitte die Unterlagen beifügen.

Haben Sie bereits irgendwelche Schadenersatzforderungen gegenüber Ärzten, Versicherungen, Krankenkassen oder Gutachterkommissionen erhoben?
Wenn ja, wann haben Sie diese Forderungen erhoben? Bitte Schriftverkehr beifügen.

Haben nachbehandelnde Ärzte Sie auf die Möglichkeit eines ärztlichen Behandlungsfehlers aufmerksam gemacht?

wenn ja, bitte Namen und Anschrift des Arztes mitteilen. Wann und in welcher Form geschah dies?

Fügen Sie bitte diesem Fragebogen alle in Ihrem Besitz befindlichen Unterlagen den Schadensfall betreffend bei.

Ort,_____ Datum:_____

Unterschrift:_____
Bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern/ gesetzl. Vertreter