

Abs.

An die
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen Ärztekammern
Hans-Böckler-Allee 3
D-30173 Hannover

Schlichtungsantrag

Nachname:

Vorname:

Straße:

Postleitzahl, Ort:

Name und Anschrift des Antragsgegners:

Sachverhaltsdarstellung:

Ort, Datum

Unterschrift

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Berlin • Brandenburg • Bremen • Hamburg • Mecklenburg-Vorpommern • Niedersachsen • Sachsen-Anhalt • Schleswig-Holstein • Thüringen
Hans-Böckler-Allee 3, 30173 Hannover

Information für die Patientin / den Patienten

Sie haben die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover um Schlichtung bei einem vermuteten Behandlungsfehler gebeten. Zur umfassenden Aufklärung des zur Antragsbegründung geschilderten Sachverhalts ist die Schlichtungsstelle darauf angewiesen, alle verfügbaren Informationen, die für die Beurteilung der von Ihnen beanstandeten Behandlung und deren Folgen erforderlich sind, zusammenzutragen. Das Schlichtungsverfahren wird nach dem Untersuchungsgrundsatz durchgeführt; dies bedeutet, dass die Schlichtungsstelle nicht nur den von Ihnen vorgetragenen Angaben nachgeht, sondern darüber hinaus auch eigene Ermittlungen zur umfassenden Aufklärung des medizinischen Sachverhalts anstellt.

Schweigepflichtentbindungserklärung

Aktenzeichen der Schlichtungsstelle: _____

Patientendaten

Name: _____ geb. am: _____
(ggf. Geburtsname, früherer Name)

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen in Hannover bei den von mir im beigefügten Fragebogen genannten Ärzten, Krankenhäusern, Gutachtern, Versicherungsträgern und Behörden Unterlagen anfordert, die mit der beanstandeten Behandlung in Zusammenhang stehen, und zur Verwertung im Schlichtungsverfahren zur Aufklärung des Sachverhalts heranzieht.

Ich entbinde zugleich die im beigefügten Fragebogen genannten behandelnden und untersuchenden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Versicherungsträger und Behörden von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Sollte sich im Laufe des Schlichtungsverfahrens darüber hinaus die Notwendigkeit ergeben, weitere Krankenunterlagen (z. B. von Ärzten, die versehentlich nicht aufgelistet worden sind, Konsiliarberichte, Laborergebnisse etc.) anzufordern,

- ☐ erkläre ich mich damit einverstanden und entbinde die entsprechenden Stellen hiermit ausdrücklich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.
- ☐ bitte ich, mir die entsprechenden Stellen mitzuteilen, damit ich im Einzelfall eine Schweigepflichtentbindungserklärung erteilen kann. Ich nehme zur Kenntnis, dass dies zu einer Verzögerung des Verfahrens führt. Die Nichterteilung der Erklärung würde zum Abbruch des Schlichtungsverfahrens führen.

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Darüber hinaus entbinde ich die Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen von ihrer Schweigepflicht, soweit diese Informationen an die anderen Beteiligten des Schlichtungsverfahrens (der in Anspruch genommene Arzt bzw. Krankenträger oder deren Rechtsvertreter oder Haftpflichtversicherer - s. III. des Merkblattes) weitergeben muss.

Die Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, dies würde zum Abbruch des Verfahrens führen.

Datum, Ort

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

Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Berlin - Brandenburg - Bremen - Hamburg - Mecklenburg-Vorpommern - Niedersachsen - Sachsen-Anhalt - Schleswig-Holstein - Thüringen
Hans-Böckler-Allee 3 - 30173 Hannover

Fragebogen

Aktenzeichen der Schlichtungsstelle: _____

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 fähige Personen und Stellen werden von der Schweigepflicht entbunden. Eine gesonderte Erklärung erfolgt auf **getrenntem Bogen**.

Vor- und nachbehandelnde Ärzte / Krankenhäuser, Hausarzt12. 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