



An die
Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen
bei der Bayerischen Landesärztekammer
Mühlbaurstr. 16
81677 München

Fragebogen Gutachterverfahren (Patient)

Aktenzeichen:

(Das Aktenzeichen wird von der Gutachterstelle vergeben, bitte bei späteren Schriftwechseln angeben)

Hinweis: Um eine schnelle und zügige Bearbeitung Ihres Antrages zu ermöglichen, bitten wir Sie auch in Ihrem eigenen Interesse, die nachfolgenden Fragen vollständig zu beantworten und die beigefügte Checkliste zu beachten. Dies erspart unter Umständen erneute Anfragen und verhindert unnötige Verzögerungen des Verfahrens.

1. Patient:

Name (zum Zeitpunkt der gerügten Behandlung):	
Name (falls abweichend):	
Vorname:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: m ☐ w ☐
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
Krankenversicherung (zum Zeitpunkt der beanstandeten Behandlung):	
gesetzlich ☐ privat ☐ gesetzlich und zusatzversichert ☐	
(wir benötigen diese Angabe zur Ermittlung der hierfür zuständigen Berufshaftpflichtversicherung)	
ggf. Sterbedatum:	

2. Antragsteller, sofern nicht Patient:

Anrede:
Name:
Vorname:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Telefon:

Für den Patienten handle/handeln ich/wir als

- dessen **Sorgeberechtigte (z.B. Eltern)** ☐
- dessen **Betreuer** ☐ (Kopie des Betreuerausweises liegt bei)
- dessen **Erbe** ☐ (Kopie des Erbennachweises liegt bei)
- dessen **Bevollmächtigter** ☐ (Kopie der Bevollmächtigung liegt bei)
- dessen _____ ☐ (sonstiger Nachweis liegt bei)

3. Haben Sie bereits Klage bei Gericht oder ein Strafverfahren bei der Staatsanwaltschaft gegen den/die beklagte(n) Arzt/Ärztin/Klinik eingeleitet?

Ja ☐

Nein ☐

Hinweis: Falls Sie diese Frage mit „ja“ beantwortet haben, kann die Gutachterstelle gemäß ihrer Verfahrensordnung 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.

4. Wann hat die beanstandete ärztliche Behandlung stattgefunden? (Bitte geben Sie das exakte Datum bzw. den genauen Behandlungszeitraum an.)

--

5. Wo wurde die vermutete Fehlbehandlung durchgeführt?

Name und Vorname des Arztes/der Ärztin <u>bzw.</u> genaue Bezeichnung des Krankenhauses:
Fachgebiet/Abteilung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort
Sofern bekannt - ist der genannte Arzt/Ärztin ein Belegarzt/Belegärztin im o.g. Krankenhaus? Ja ☐ Nein ☐ nicht bekannt ☐

Hinweis: Sollten Sie unterschiedlichen Ärzten oder Krankenhäusern eine Fehlbehandlung vorwerfen, verwenden Sie bitte ein weiteres Antragsformular.

6. Bitte beschreiben Sie in Ihren eigenen Worten, was der Arzt/die Ärztin Ihrer Meinung nach falsch gemacht hat.

7. Welchen Gesundheitsschaden haben Sie hierdurch nach Ihrer Auffassung erlitten?

8. Welche Ärzte/Ärztinnen/Kliniken haben Sie vor bzw. nach der vermuteten ärztlichen Fehlbehandlung untersucht bzw. behandelt?

(Bitte geben Sie die vor- und nachbehandelnden Ärzte/Krankenhäuser an, die Sie wegen Ihrer Erkrankung **im Zusammenhang mit der beanstandeten Behandlung** aufgesucht haben. Wir benötigen von Ihnen möglichst den genauen Zeitpunkt und den Namen sowie die **vollständige Anschrift** dieser Ärzte bzw. Einrichtungen, um von diesen die erforderlichen Behandlungsunterlagen anfordern und dem Gutachter zur Verfügung stellen zu können. Je exakter diese Angaben sind, desto schneller können wir den medizinischen Sachverhalt ermitteln.)

exaktes Datum/ Zeitraum	Name/Facharztbezeichnung/ Einrichtung	Anschrift
von: bis: ggf. am:		Straße: PLZ: Ort:
von: bis: ggf. am:		Straße: PLZ: Ort:
von: bis: ggf. am:		Straße: PLZ: Ort:
von: bis: ggf. am:		Straße: PLZ: Ort:
von: bis: ggf. am:		Straße: PLZ: Ort:

von: bis:		Straße:
ggf. am:		PLZ:
		Ort:
von: bis:		Straße:
ggf. am:		PLZ:
		Ort:

9. Haben Sie sich in gleicher Sache bereits früher an uns gewandt?

Ja ☐ Bitte früheres Aktenzeichen angeben: _____

Nein ☐

10. Wurde aufgrund der von Ihnen vermuteten ärztlichen Fehlbehandlung bereits ein anderes Gutachten erstellt?

(Falls ja, bitte eine Kopie dieses Gutachtens beilegen)

Ja ☐

Nein ☐

11. Woher haben Sie von der Einrichtung der Gutachterstelle erfahren?

☐ Krankenkasse ☐ Patientenvertretung ☐ Arzthaftpflichtversicherung

☐ Arzt ☐ Krankenhaus ☐ Rechtsanwalt

☐ Internet ☐ Sonstige _____

Hiermit beantrage ich die Durchführung eines Gutachterverfahrens.

....., den.....

.....

Unterschrift

(Bei minderjährigen Patienten bitten wir um Unterschrift **beider Elternteile** als gesetzliche Vertreter bzw. des alleinigen Sorgeberechtigten oder des Vormunds unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.)



Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Name und Vorname der Patientin/des Patienten: wohnhaft in:	
Geburtsdatum:	Aktenzeichen:

Hiermit entbinde ich alle Krankenhäuser, das Pflegepersonal und alle Ärzte, die mich im Zusammenhang mit

1

untersucht oder behandelt haben bzw. noch behandeln, gegenüber den Mitarbeitern der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen, Mühlbaaurstr. 16, 81677 München (Gutachterstelle) und gegenüber den von der Gutachterstelle im Rahmen des Verfahrens beauftragten ärztlichen Gutachtern von ihrer Schweigepflicht.

Aufgrund ihrer Verfahrensordnung ist die Gutachterstelle verpflichtet, den medizinischen Sachverhalt, soweit möglich, aufzuklären. Ich bin daher damit einverstanden, dass die Gutachterstelle alle Unterlagen, die zur Überprüfung der von mir gerügten Behandlung erforderlich sein könnten (z.B. Krankenblätter, Krankengeschichte, Untersuchungsbefunde und sonstige medizinische Aufzeichnungen sowie Röntgenbilder etc.), anfordert.

Ich erkläre ferner mein Einverständnis damit, dass alle Verfahrensbeteiligten sämtliche von der Gutachterstelle zur Akte genommenen Behandlungsunterlagen einsehen können. Verfahrensbeteiligte sind neben dem Antragsgegner (beschuldigter Arzt / beschuldigte ärztliche Einrichtung) auch dessen Berufshaftpflichtversicherung. Über die Möglichkeit der Erteilung von Einzel-Schweigepflichtentbindungen bin ich informiert². Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Verwendung dieser Schweigepflichtentbindungserklärung ausdrücklich einverstanden bin.

Ich bitte darum, der Anforderung der Gutachterstelle kurzfristig zu entsprechen und erkläre, dass ich die Gutachterstelle zur Klärung des Vorliegens eines möglichen Behandlungsfehlers um Unterstützung gebeten habe.

_____, den _____
Ort Datum Unterschrift(en)³

¹ Bitte nennen Sie den Grund der Behandlung durch den Antragsgegner (z.B. „Arthrose rechte Hüfte“ oder „Oberarmbruch links“).

² Siehe Merkblatt „Allgemeine Hinweise zum Gutachterverfahren“

³ Bei minderjährigen Patienten bitten wir um Unterschrift beider Elternteile als gesetzliche Vertreter bzw. des alleinigen Sorgeberechtigten oder des Vormunds unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.



Checkliste

Lieber Antragsteller,

die unten angegebenen Unterlagen sind eine allgemeine Aufzählung von Dokumentationen, die Ihnen möglicherweise als Patient vorliegen und für das Gutachterverfahren benötigt werden. Wir bitten Sie, diese Checkliste durchzuschauen und die **gegebenenfalls** Ihrem Besitz befindlichen Unterlagen dem ausgefüllten Fragebogen beizufügen. Hiermit können häufig erneute Anfragen und somit Verzögerungen vermieden werden. Bitte denken Sie auch daran, den Fragebogen und die Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterschreiben.

- **Röntgenbilder leihweise im Original oder auf CD** (Originale werden nach Abschluss des Gutachterverfahrens an den Absender zurückgeschickt.)
- **Arztbriefe/OP-Berichte/Befunde in Kopie**
- **Atteste in Kopie**
- **Videodokumentation**
- **Fotodokumentation** (Aufnahmedatum der Bilder auf der Rückseite unbedingt vermerken!)
- **Mutterpass und/oder Kinderuntersuchungsheft in Kopie** (nur bei gynäkologischen/geburtshilflichen bzw. kinderärztlichen Behandlungen)
- **Kopie Vertretungsvollmacht**
- **Kopie Erbennachweis bzw. Erklärung, dass Sie als Antragsteller erbberechtigt sind**
- **Kopie bereits erstellter Gutachten**