

**LANDESÄRZTEKAMMER BADEN-WÜRTTEMBERG
MIT DEN BEZIRKSÄRZTEKAMMERN
Gutachterkommissionen für Fragen ärztlicher Haftpflicht
der Landesärztekammer Baden-Württemberg**

Fragebogen Gutachtenverfahren

Aktenzeichen:

Hinweis:

Auch wenn Sie in Ihrer Antragschrift schon Angaben gemacht haben, beschleunigt es die Bearbeitung Ihres Antrags wesentlich, wenn Sie die nachfolgend gestellten Fragen vollständig beantworten. Dies erspart in der Regel erneute Anfragen und damit verbundene Verzögerungen.

1. Patient

Name (zum Zeitpunkt der beanstandeten Behandlung):	
Name (jetziger, falls abweichend):	
Vorname:	
Geburtsdatum:	Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon:	
Beruf:	Rente: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Der Patient/ die Patientin wird **gesetzlich** vertreten

Eltern/Vater/Mutter:	Betreuer
Bitte Ausweiskopie beifügen	
Name:	
Anschrift	
Telefon:	E-Mail:

2.1 Antragsteller im Fall des Todes des Patienten

(Bei mehreren Antragstellern - vergl. § 3 Abs. 1 S. 3 Statut -, falls erforderlich, Beiblatt anfügen)
Bei mehreren Angehörigen bitte alle angeben; wenn möglich, einen Bevollmächtigten, für alle zu handeln)

Name(n):		
Vorname:		
Straße:		
PLZ, Wohnort:		
Telefon:	E-Mail:	
Stellung zum Patienten?		
Ehegatte <input type="checkbox"/>	Kind <input type="checkbox"/>	Eltern <input type="checkbox"/>
Sind Sie Erbe des Betroffenen ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Verfügen Sie über eine über den Tod hinausgehende Vollmacht des Verstorbenen?		
Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	

2.2. Wer vertritt in diesem Verfahren den/die Antragsteller?

Name(n):	
Vorname:	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon:	E-Mail:

Für alle Antragsteller sind folgende Fragen zu beantworten:

3. Wann hat die beanstandete ärztliche Behandlung stattgefunden? (möglichst genauen Zeitpunkt bzw. Zeitraum angeben)

4. Was war der Grund oder der Anlass für die ärztliche Behandlung, die Sie beanstanden? (Falls erforderlich, Beiblatt anfügen)

5. Gegen wen richten Sie den Vorwurf eines ärztlichen Behandlungsfehlers? (Sollten Sie mehreren Ärzten und Kliniken einen Vorwurf der ärztlichen Fehlbehandlung machen, so bitten wir Sie, diese getrennt voneinander aufzuführen. Verwenden Sie bitte ggf. ein Beiblatt).

5.1. Bei Krankenhausbehandlung

Hinweis: Antragsgegner können nach dem Statut der Gutachterkommission der Arzt/die Ärzte sein, die die behauptete Fehlbehandlung durchgeführt/zu verantworten haben oder die Gesellschaft (z.B. Krankenhaus, Medizinisches Versorgungszentrum, Rehabilitationseinrichtung) für das der betroffene Arzt tätig war. Sind Ihnen die Namen nicht bekannt, wird die Kommission die Namen zu ermitteln versuchen

Name des Krankenhauses:
Abteilung:
Anschrift:
Name(n) des Arztes / der Ärztin / der Ärzte (vergl. Hinweis oben)

--

5.2 Bei Behandlung durch einen *niedergelassenen* Arzt:

Name des Arztes/der Ärztin:
Fachgebiet:
Praxisanschrift:

**6. Was hat der Arzt / die Ärztin Ihrer Meinung nach falsch gemacht?
(Bitte ggf. Beiblatt verwenden)**

--

7. Welchen Gesundheitsschaden vermuten Sie aufgrund der von Ihnen behaupteten ärztlichen Fehlbehandlung?

8.1 Wurde wegen der von Ihnen vermuteten ärztlichen Fehlbehandlung bereits ein Gutachten erstellt, z.B. des MDK?

Ja Nein

(wenn ja, bitte eine Kopie dieses Gutachtens beilegen!)

8.2 Wurde wegen des dem Antrag zugrunde liegenden Sachverhalts

- eine Klage bei Gericht erhoben? Ja Nein

- eine strafrechtliches Verfahren bei der Staatsanwaltschaft oder einem Gericht eingeleitet? Ja Nein

Haben Sie „Ja“ angekreuzt, geben Sie bitte auch Gericht/Behörde und Aktenzeichen an.

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

(Bitte geben Sie möglichst den genauen Zeitpunkt und den Namen sowie die vollständige Anschrift dieser Ärzte bzw. Einrichtungen an, damit wir von diesen Ihre Unterlagen anfordern können. Hierzu gehören auch Ärzte, die von dem betroffenen Körperteil Röntgen- oder ähnliche Aufnahmen gemacht haben. Die genaue Beantwortung erspart zusätzliche Anfragen und beschleunigt dadurch das Verfahren). Sollten Sie selbst Röntgenaufnahmen oder ähnliche Bilder in Besitz haben, legen Sie diese bitte vor.

Exakter Zeitpunkt/ 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:

10. Sind Sie im Besitz von Bildern, z.B. Röntgen, CT, MRT?

Dann legen Sie diese der Kommission bitte vor.

Hiermit beantrage ich die Durchführung eines Gutachtenverfahrens.

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

An die
Bezirksärztekammer Nordwürttemberg
Gutachterkommission
Jahnstr. 5
70597 Stuttgart

An die
Bezirksärztekammer Südwürttemberg
Gutachterkommission
Haldenhausstr. 11
72770 Reutlingen

An die
Bezirksärztekammer Nordbaden
Gutachterkommission
Zimmerstr. 4
76137 Karlsruhe

An die
Bezirksärztekammer Südbaden
Gutachterkommission
Sundgaullee 27
79114 Freiburg