

## Allgemeine Angaben

### PatientInnenangaben

Vorname

---

Nachname

---

Geburtsname

---

männlich

weiblich

divers

---

Geburtsdatum

---

Ggfs. Sterbedatum

---

### Adressdaten

Straße, Hausnummer

---

PLZ Wohnort

---

E-Mail privat

---

E-Mail Beruf

---

Telefonnummer privat

---

Telefonnummer Beruf

---

Mobil

---

privat versichert

gesetzlich versichert

---

Name der Krankenkasse

---

Wird bereits eine Rente gezahlt (außer Altersrente)?

Falls ja: Bitte Anschrift und Aktenzeichen der zahlenden Stelle angeben und Datum des Rentenbeginns.

---

Ja

Nein

---

AZ / Behörde

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

Ist eine Zahlung erfolgt?

Ja

Nein

## VertreterInnenangaben

Vorname

---

Nachname

---

## Adressdaten

Straße, Hausnummer

---

PLZ Wohnort

---

E-Mail privat

---

E-Mail Beruf

---

Telefonnummer privat

---

Telefonnummer Beruf

---

Mobil

---

## ErblInnenangaben

Vorname

Nachname

## Adressdaten

Straße, Hausnummer

PLZ Wohnort

E-Mail privat

E-Mail Beruf

Telefonnummer privat

Telefonnummer Beruf

Mobil

## Angaben zum Sachverhalt

1. Wer hat Sie Ihrer Ansicht nach falsch behandelt? In welcher Praxis und/oder in welchem Krankenhaus wurden Sie Ihrer Ansicht nach falsch behandelt?

Name und Anschrift

2. Wann hat die Ihrer Ansicht nach falsche Behandlung stattgefunden?

Bitte geben Sie hier den Zeitpunkt oder den Zeitraum so genau wie möglich an:

3. Warum haben Sie sich in die Behandlung begeben?

---

4. Wer hat Sie vor der zu klärenden Behandlung deswegen behandelt?

---

5. Was wurde Ihrer Meinung nach falsch gemacht?

---

6. Wer hat Sie deswegen weiterbehandelt?

---

7. Welcher Gesundheitsschaden ist durch die Ihrer Ansicht nach falsche Behandlung entstanden? Welche Komplikation ist eingetreten?

---

8. Wer versorgt Sie hausärztlich?

---

Bitte stellen Sie weitere Gutachten für Krankenkassen, Unfallversicherer, Rentenversicherer etc. zur Verfügung.

Ich/wir unterschreibe/n diesen Antrag als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

---

Patient persönlich

---

Gesetzliche/r Vertreterin oder Vertreter der Patientin oder des Patienten

---

bevollmächtigte/r Vertreterin oder Vertreter

---

Erbin/Erbe /Erben

---

---

Ort, Datum

Unterschrift

---

Ort, Datum

Unterschrift



VEREIN ZUR SCHLICHTUNG IN  
ARZTHAFTUNGSFRAGEN E.V.