

Sie haben sich für ein Schlichtungsverfahren entschieden und bereits den Fragebogen und die Schweigepflichtentbindungserklärung vollständig ausgefüllt und unterschrieben zurückgesandt.

Zur Durchführung Ihres Schlichtungsverfahrens und Prüfung des Behandlungsverlaufs benötigen wir aussagekräftige Behandlungsunterlagen, die wir Sie bitten uns zur Verfügung zu stellen. Sie haben gegenüber den Sie behandelnden Ärzten einen Anspruch auf Einsicht in die Krankenunterlagen (die Kosten können Ihnen allerdings vom Anfertigenden in Rechnung gestellt werden) Bitte versuchen Sie die Unterlagen möglichst in digitalisierter Form zu erhalten; andernfalls möchten wir Sie bitten, diese zu scannen. Sie können uns digitalisierte Unterlagen über unsere Homepage zur Verfügung zu stellen. Sie erleichtern und beschleunigen hierdurch die Bearbeitung Ihres Verfahrens. Papierkopien werden nicht aufbewahrt, sondern nach Einlesen an den Einsender zurückgesandt oder vernichtet.

Wir haben einen Formulierungsvorschlag beigefügt, den Sie zur Anforderung Ihrer Behandlungsunterlagen verwenden können.

Wir empfehlen Ihnen zunächst die nachfolgende (Merk-)Liste für sich auszufüllen und anschließend die dort angegebenen Unterlagen anzufordern. So erhalten Sie auch für sich selbst einen guten Überblick über die Datenlage.

Nach Eingang der uns zur Verfügung gestellten Unterlagen wird medizinisch geprüft, ob noch Unterlagen fehlen. Wir würden uns dann ggf. mit Ihnen in Verbindung setzen.

Hausärzte: wir benötigen Karteikarte, radiologische Diagnostik (Röntgen, MRT usw.)

a) Hausarzt vor der Schädigung:

Name des Hausarztes

Fachrichtung

von / bis

Straße / Nr.

PLZ

Ort

b) Hausarzt nach der Schädigung: (nur falls abweichend von a)

Name des Hausarztes

Fachrichtung

von / bis

Straße / Nr.

PLZ

Ort

Fachärzte/Krankenhäuser: wir benötigen Operationsberichte, Arztbriefe, radiologische Diagnostik (Röntgen, MRT usw.)

Behandelnde Ärzte / Krankenhäuser, die wegen der Erkrankung vor der Schädigung aufgesucht wurden:

Name / Krankenhaus Fachrichtung von / bis

Straße / Nr. PLZ Ort

Name / Krankenhaus Fachrichtung von / bis

Straße / Nr. PLZ Ort

Name / Krankenhaus Fachrichtung von / bis

Straße / Nr. PLZ Ort

Behandelnde Ärzte / Krankenhäuser, die wegen der Erkrankung nach der Schädigung aufgesucht wurden:

Name / Krankenhaus Fachrichtung von / bis

Straße / Nr. PLZ Ort

Name / Krankenhaus Fachrichtung von / bis

Straße / Nr. PLZ Ort

Name / Krankenhaus Fachrichtung von / bis

Straße / Nr. PLZ Ort

da die Vermutung besteht, dass bei der Behandlung andernorts ein Fehler auftrat, möchte ich Sie bitten, mir folgende Unterlagen zur Verfügung zu stellen.

-
-
-
-

Ich möchte versuchen, den Sachverhalt neutral und befriedend zu klären und habe mich daher an den Verein zur Schlichtung in Arzthaftpflichtfragen in Hannover gewandt. Informationen über den Verein finden Sie auf dessen Internetpräsenz www.schlichtenstattdichten.de.

Der Verein hat mich informiert, dass ich gemäß § 630g BGB und § 10 der Berufsordnung für Ärzte einen Anspruch auf Kopien gegen Kostenerstattung habe. Ich erkläre hiermit die Kostenübernahme der Kopierkosten nach § 10 der Berufsordnung für Ärzte mit den Höchstgrenzen gem. GOÄ und werde diese nach Übersendung einer Rechnung umgehend erstatten.

Zum Nachweis meiner Identität lege ich diesem Schreiben eine Ausweiskopie bei.

Bei der Anforderung durch Dritte: ebenfalls lege ich eine Vollmacht/einen Erbnachweis bei.

Sollten Sie einer Zusendung per einfachem Brief nicht zustimmen können, so ist eine Übersendung als Einschreiben/eigenhändig möglich.

Vielen Dank im Voraus