|  |
| --- |
|  |

**An die**

**Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen**

**bei der Bayerischen Landesärztekammer**

**Mühlbaurstr. 16**

**81677 München**

**Fragebogen Gutachterverfahren (Arzt/ Krankenhaus)**

**Aktenzeichen: (bitte bei jedem Schriftwechsel angeben)**

Hinweis: Wir bitten Sie, den Fragebogen gut leserlich auszufüllen.
Bitte verwenden Sie ggf. ein zusätzliches Blatt.

**1. Ihr Name und Ihre Praxis- bzw. Krankenhausadresse**

|  |
| --- |
| Name: |
| Vorname, Titel: |
| Ggf. Facharzt für: |
| Bezeichnung der Praxis bzw. des Krankenhauses: |
| Krankenhaus-Versorgungsstufe: |
| Evtl. Abteilung: |
| Straße: |
| PLZ, Ort: |
| Sind Sie ggf. in dem o.g. Krankenhaus belegärztlich tätig? Ja □ Nein □ |
| Wer hat die Behandlung abgerechnet?  |

**2. Name und Anschrift des Patienten**

|  |
| --- |
| Name: |
| (falls abweichend) Name zum Zeitpunkt der Behandlung: |
| Vorname: |
| Straße: |
| PLZ, Wohnort: |

**3. Sind Sie mit der Durchführung eines Gutachterverfahrens einverstanden?**

Ja □ Nein □

**3.1 Falls Sie nicht einverstanden sind, teilen Sie uns bitte Ihre Gründe dafür mit:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

***Hinweis: Im Falle einer Ablehnung des Gutachterverfahrens ist die Beantwortung der folgenden Fragen nicht notwendig.***

**3.2 Falls Sie mit der Durchführung eines Gutachterverfahrens einverstanden sind, teilen Sie uns bitte zunächst einige Daten zu Ihrer Haftpflichtversicherung mit:***(Wir benötigen die Angaben zu Ihrer Haftpflichtversicherung, da diese dem Gutachterverfahren zustimmen muss.)*

|  |
| --- |
| Name der Haftpflichtversicherung: |
| Ansprechpartner: |
| Versicherungsnummer: |
| Schadensnummer: |
| Straße: |
| PLZ, Ort: |
| Telefon: |

**4. Wie lange war der Antragsteller schon – eventuell auch wegen anderer Erkrankungen – Ihr Patient?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5. Verlauf der beanstandeten Behandlung**

**Wurde die beanstandete Behandlung ambulant und/oder stationär durchgeführt?**

ambulant □ stationär □ ambulant und stationär □

* 1. **Vorgeschichte und Erstkontakt bzgl. dieser Behandlung:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5.2 Zum Behandlungsfehlervorwurf:
5.2.1 Unter welchen Diagnosen haben Sie den Patienten behandelt?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ICD-10-Schlüssel: |

**5.2.2 Wurde eine Aufklärung durchgeführt? Wie wurde sie ggf. durchgeführt?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5.2.3 Besonderheiten des Verlaufs:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5.2.4 Wurde diese Behandlung zur Zufriedenheit des Patienten beendet?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**5.3 Hat der Patient bereits rechtliche Schritte gegen Sie eingeleitet? (welche)?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Ggf. – wann? |

**5.4 Wie war das Befinden des Patienten bei der letzten Konsultation bzw. bei der Krankenhausentlassung?**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Datum der letzten Konsultation bzw. Entlassung: |

**6. Stellungnahme zu den Vorwürfen des Patienten:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**7. Zur Qualitätssicherung möchte die Gutachterstelle die abschließende Stellungnahme der Kommission dem externen Gutachter auf dessen Anforderung zur Verfügung stellen.**

**Sind Sie hiermit einverstanden?**

 Ja □ Nein □

**Um ein Gutachterverfahren durchzuführen, müssen personenbezogene Daten verarbeitetet werden. Informationen hierzu finden Sie unter** [**www.gutachterstelle-bayern.de**](http://www.gutachterstelle-bayern.de)**.**

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

............................................................

Unterschrift

**Um eine zügige Bearbeitung zu ermöglichen, bitten wir Sie, alle das Verfahren betreffenden Behandlungsunterlagen in Kopie, ggf. auch zugehörige Röntgenbilder und sonstige bildgebende Befunde dem ausgefüllten Fragebogen beizulegen (siehe Checkliste).**

**Ihre Stellungnahme einschließlich der von Ihnen übersandten Behandlungsunterlagen müssen wegen Gewährung des rechtlichen Gehörs dem Antragsteller zur Einsichtnahme ggf. zur Verfügung gestellt werden. Im Zweifel bitten wir, diesbezüglich mit Ihrer Haftpflichtversicherung Rücksprache zu nehmen.**