

**An die**

**Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen**

**bei der Bayerischen Landesärztekammer**

**Mühlbaurstr. 16**

**81677 München**

**Fragebogen für das Gutachterverfahren für Patient oder Patientin**

**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 / Patientin:**

|  |
| --- |
| Name (zum Zeitpunkt der gerügten Behandlung): |
| Name (falls abweichend): |
| Vorname: |
| Geburtsdatum: Geschlecht: m □ w □ d □ |
| 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/-in, sofern nicht Patient/-in:**

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

**Für den/die Patienten/-in handele/handeln ich/wir als**

dessen/deren **Sorgeberechtigte (z.B. Eltern)** □

dessen/deren **Betreuer/-in** □ (Kopie des Betreuerausweises liegt bei)

dessen/deren **Erbe / Erbin** □ (Kopie des Erbennachweises liegt bei)

dessen/deren **Bevollmächtigte/r** □ (Kopie der Bevollmächtigung liegt bei)

dessen/deren \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ (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, liegt ein Verfahrenshindernis vor, das dazu führt, dass durch die Gutachterstelle **keine Begutachtung** erfolgen kann. Bitte informieren Sie uns hierüber, falls Sie sich schon an die Gutachterstelle gewandt haben. Falls Sie die Frage mit „nein“ beantwortet haben, fahren Sie bitte mit der Beantwortung der Fragen fort.

**4. Wann hat die ärztliche Behandlung stattgefunden, die Sie überprüfen lassen möchten?**

Bitte geben Sie das exakte Datum bzw. den genauen Behandlungszeitraum an.

|  |
| --- |
|  |

**5. Was soll durch die Gutachterstelle begutachtet werden?**

**Wichtiger Hinweis:** Sofern Sie sowohl eine Krankenhausbehandlung, als auch eine Behandlung in einer Praxis/einem MVZ o.ä. begutachten lassen möchten, verwenden Sie bitte jeweils ein eigenes Antragsformular. Bitte ankreuzen:

□ **Eine Behandlung in einem Krankenhaus 🡪 bitte Abschnitt 5.1 ausfüllen**

□ **Eine Behandlung in einer Praxis oder einem MVZ 🡪 bitte Abschnitt 5.2 ausfüllen**

**5.1 Angaben zur Krankenhausbehandlung**

Bitte nennen Sie uns die Bezeichnung und die Anschrift des Krankenhauses:

|  |
| --- |
|  |

**Zusatzfragen zur Krankenhausbehandlung:**

Bitte ankreuzen:

**Haben Sie wahlärztliche Leistungen in Anspruch genommen? Ja** □ **Nein** □

Falls ja, nennen Sie uns bitte den Namen des Wahlarztes/der Wahlärztin.

|  |
| --- |
|  |

Bitte ankreuzen:

**Wurden Sie durch einen Belegarzt / eine Belegärztin behandelt? Ja** □ **Nein** □

Falls ja, nennen Sie uns bitte den Namen und die Anschrift des Belegarztes.

|  |
| --- |
|  |

**5.2 Angaben zur Behandlung in einer Praxis/MVZ o.ä.**

Bitte nennen Sie uns die Bezeichnung und die Anschrift der Praxis.

|  |
| --- |
|  |

**6. Was ist dort (Ziffer 5) medizinisch falsch gemacht worden?**

|  |
| --- |
|  |

**7. Zu welchem Schaden an Ihrer Gesundheit hat die aus Ihrer Sicht falsche Behandlung (Ziffer 6) geführt?**

|  |
| --- |
|  |

**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/Ärztinnen/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/Ärztinnen bzw. Einrichtungen, um von diesen die erforderlichen Behandlungsunterlagen anfordern und dem/der Gutachter/-in zur Verfügung stellen zu können. Je exakter diese Angaben sind, desto schneller können wir den medizinischen Sachverhalt ermitteln.)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **exaktes Datum oder**  **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:  ggf. am: |  | Straße:  PLZ:  Ort: |
| von: bis:  ggf. am: |  | Straße:  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. Sind Sie damit einverstanden, die abschließende Stellungnahme der Kommission dem/der externen Gutachter/-in auf Anforderung zur Qualitätssicherung zur Verfügung stellen?**

Ja □ Nein □

**Hinweis zum Datenschutz:**

**Um ein Gutachterverfahren durchzuführen, müssen Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden. Dafür benötigen wir Ihr Einverständnis. Informationen hierzu fin­den Sie unter** [**www.gutachterstelle-bayern.de**](http://www.gutachterstelle-bayern.de)**. Die Bereitstellung dieser personen­be­zogenen Daten ist weder gesetzlich noch vertraglich vorgeschrieben. Allerdings ist ohne Ihr Einverständnis die Durchführung eines Gutachterverfahrens nicht möglich.**

**Hiermit beantrage ich die Durchführung eines Gutachterverfahrens.**

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

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

Unterschrift / Unterschriften

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

****

**Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht**

|  |  |
| --- | --- |
| Name/Zuname der Patientin/des Patienten: | Geburtsdatum: |
| wohnhaft in: | |

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[1]](#footnote-1)

untersucht oder behandelt haben bzw. noch behandeln, gegenüber den Mitarbeitern/-innnen der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen, Mühlbaurstr. 16, 81677 München (Gutachterstelle) und gegenüber den von der Gutachterstelle im Rahmen des Verfahrens beauftragten ärztlichen Gutachtern/-innen 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 / Ärztin / beschuldigte ärztliche Einrichtung) auch dessen / deren Berufshaftpflichtversicherung. Über die Möglichkeit der Erteilung von Einzel-Schweigepflichtentbindungen bin ich informiert[[2]](#footnote-2). 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]](#footnote-3)



**Checkliste**

Lieber Antragsteller, liebe Antragstellerin

die unten angegebenen Unterlagen sind eine allgemeine Aufzählung von Dokumentationen, die Ihnen möglicherweise als Patient/-in 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 in Kopie**
* **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/-in erbberechtigt sind**
* **Kopie bereits erstellter Gutachten**

1. Bitte nennen Sie den Grund der Behandlung durch den Antragsgegner (z.B. „Arthrose rechte Hüfte“ oder „Oberarmbruch links“). [↑](#footnote-ref-1)
2. Siehe Merkblatt „Allgemeine Hinweise zum Gutachterverfahren“ [↑](#footnote-ref-2)
3. Bei minderjährigen Patient/-innen bitten wir um Unterschrift beider Elternteile als gesetzliche Vertreter bzw. des alleinigen Sorgeberechtigten oder des Vormunds unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises. [↑](#footnote-ref-3)