

## Aufnahmebogen Arzthaftung

### **1. Mandant:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Bankverbindung: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

### **ggf.: gesetzlich vertreten durch / als Betreuer bestellt:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Rechtsschutzversicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Selbstbeteiligung: € \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

## **2. Angaben zu der Behandlung, die Sie beanstanden:**

### **2.1. zu den beteiligten Ärzten und Einrichtungen:**

---

In welchem Krankenhaus / welcher Arztpraxis wurden Sie behandelt?

---

---

#### **Bei Krankenhausbehandlung:**

---

In welcher Abteilung / Klinik / Station erfolgte die Behandlung?

Erfolgte die Behandlung ...

...im Rahmen eines normalen Krankenhausaufnahmevertrags

...mit Wahlleistungsvereinbarung („Chefarztbehandlung“)

...durch einen Belegarzt

(ggf. Name des Belegarztes) \_\_\_\_\_

### **2.2. zur beanstandeten Behandlung**

2.2.1. Worin bestand die Behandlung (bitte kurz beschreiben - z.B. „Herzkatheter-Untersuchung“ oder „Implantat Knie-Prothese“)?

---

2.2.2. Datum der Operation bzw. Behandlung: \_\_\_\_\_

2.2.3. Zeitraum des Krankenhausaufenthalts insgesamt: \_\_\_\_\_

2.2.4. Haben Sie bereits von anderen Personen Hinweise erhalten, worin ein Behandlungsfehler zu sehen sein könnte (z.B. von anderen Ärzten oder Ihrer Krankenkasse)?

Haben Sie selbst einen bestimmten Verdacht, worin ein Behandlungsfehler liegen könnte?

---

