

Gutachterstelle für Arzthaftpflichtfragen
der Sächsischen Landesärztekammer
Schützenhöhe 16
01099 Dresden

Tel.: 0351 8267131
Fax: 0351 8267132
mail: gutachterstelle@slaek.de

Antrag

auf Durchführung eines Verfahrens bei der Gutachterstelle für Arzthaftpflichtfragen der
Sächsischen Landesärztekammer

1. Patientendaten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsname:
Straße/Hausnummer:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	mobil:
Telefax:	e-mail:

2. Anderer Antragsteller (Eltern/Vertreter/Betreuer/Erben)

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsname:
Straße/Hausnummer:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	mobil:
Telefax:	e-mail:
Stellung zum Patienten (Eltern, Vertreter, Betreuer, Erben):	

3. Behandlungsdaten

Wo erfolgte die nach Ihrer Auffassung fehlerhafte Behandlung?

(Bitte Name und Anschrift der Behandlungseinrichtung angeben, ggf. Fachabteilung, ggf. Angabe des behandelnden Arztes.)

Wann erfolgte die nach Ihrer Auffassung fehlerhafte Behandlung?

(Bitte Zeitpunkt oder Zeitraum so genau wie möglich angeben.)

Wurde wegen der nach Ihrer Auffassung fehlerhaften Behandlung bereits Klage bei einem Gericht erhoben oder Anzeige bei der Polizei oder einer Staatsanwaltschaft erstattet?

ja

nein

Falls ja, bitte Angabe des Gerichtes, der Polizeidienststelle oder der Staatsanwaltschaft mit Angabe des Aktenzeichens.

Liegt ein MDK-Gutachten vor?

ja

nein

Falls ja, bitte dem Antrag beifügen.

4. Sachverhaltsdarstellung

Bitte schildern Sie den Behandlungsverlauf und stellen Sie dar, worin nach Ihrer Auffassung die Fehlbehandlung besteht und welche gesundheitlichen Schäden durch diese Fehlbehandlung entstanden sind.

5. Vor- und nachbehandelnde Ärzte

Vorbehandlung
Behandlungseinrichtung/Fachabteilung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Behandlungszeitraum:

Vorbehandlung
Behandlungseinrichtung/Fachabteilung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Behandlungszeitraum:

Vorbehandlung
Behandlungseinrichtung/Fachabteilung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Behandlungszeitraum:

Nachbehandlung
Behandlungseinrichtung/Fachabteilung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Behandlungszeitraum:

Nachbehandlung
Behandlungseinrichtung/Fachabteilung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Behandlungszeitraum:

Nachbehandlung
Behandlungseinrichtung/Fachabteilung:
Straße, Hausnummer:
PLZ, Ort:
Behandlungszeitraum:

**Werden/wurden auch gegenüber einem Vor- oder Nachbehandler
Behandlungsfehlervorwürfe erhoben?**

ja nein

Wenn ja, gegenüber welcher Behandlungseinrichtung?

6. Verfahrensstand:

Gibt es bereits Schriftverkehr mit der Behandlungseinrichtung, der Sie den Vorwurf der Fehlbehandlung machen?

ja nein

Falls ja, bitte Kopien beifügen.

Gibt es bereits Schriftverkehr mit der Haftpflichtversicherung der Behandlungseinrichtung, der Sie den Vorwurf der Fehlbehandlung machen?

ja nein

Falls ja, bitte Kopien beifügen.

Ich/wir unterschreiben diesen Antrag als:

- Patient persönlich
- Gesetzliche Vertreter des Patienten (Eltern)
- bevollmächtigter Vertreter*
- Betreuer*
- Erbe/Erben*

*Nachweise bitte beifügen

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

7. Schweigepflichtentbindungserklärung

Patientendaten

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsname:
Straße/Hausnummer:	
PLZ:	Ort:
Telefon:	mobil:
Telefax:	e-mail:

Ich/Wir erkläre/n mich/uns damit einverstanden, dass die Gutachterstelle für Arzthaftpflichtfragen der Sächsischen Landesärztekammer bei den in diesem Antrag genannten Ärzten und Behandlungseinrichtungen Behandlungsunterlagen anfordert, die mit der beanstandeten Behandlung in Zusammenhang stehen und diese im Gutachterverfahren zur Aufklärung des Sachverhaltes heranzieht.

Ich/Wir entbinde/n zugleich diese behandelnden Ärzte/Behandlungseinrichtungen, Gutachter, Versicherungsträger und Behörden von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Darüber hinaus entbinde/n ich/wir die Gutachterstelle für Arzthaftpflichtfragen der Sächsischen Landesärztekammer von ihrer Schweigepflicht, soweit diese Informationen an die anderen Beteiligten des Verfahrens (Arzt oder Krankenhaus, Versicherung, Bevollmächtigte) weitergegeben werden müssen.

Ich/wir unterschreibe/n diesen Antrag als:

- Patient persönlich
- Gesetzliche Vertreter des Patienten (Eltern)
- bevollmächtigter Vertreter*
- Betreuer*
- Erbe/Erben*

*Nachweise bitte beifügen

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift