



Kontakt:
Karl-Heinz Schlee, 1. Vors.
Maxfeldstraße 9, 90409 Nürnberg
Telefon: 0911 – 47 46 528
Fax: 0911 – 36 68 24 91
E-Mail: kh.schlee@sgmev.de
Internet: www.sgmev.de

Sprechzeiten:
Nach telefonischer Vereinbarung

Wir sind Mitglied bei:
LAG-Selbsthilfe Bayern e.V.
Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS)
KISS Mittelfranken e.V.
Der Paritätische Wohlfahrtsverband

Fragebogen

Bitte ausfüllen und zutreffendes ankreuzen

Ihre Daten werden nur zur internen Bearbeitung verwendet.

1) Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____
(Name und Anschrift)

Berufsgenossenschaft: _____

Rechtsschutzversicherung: nein ja _____
(Name und Anschrift)

2) Schadensfall:

Wer ist geschädigt: selbst naher Angehöriger _____
(Art der Verwandtschaft/Beziehung)

Besteht eine dauerhafte Schädigung? nein ja

Wenn ja, beziehen Sie aufgrund der Schädigung

Alg II BU-Rente EU-Rente Grundsicherung Krankengeld

Besteht aufgrund der Schädigung

a) Pflegebedürftigkeit nein ja wenn ja, welcher Grad/Stufe? _____

b) Grad der Behinderung nein ja wenn ja, welcher Grad? _____, Merkzeichen: _____

Grund des Arztkontaktes: Vorsorgeuntersuchung Erkrankung Unfall Geburt

Geschädigter Körperteil? _____
(z. B.: Hand, Darm, Schaden durch Medikamente etc.)

Wann ist es passiert? ____ | ____ | ____ : ____ Wochenende, Feiertag?
(Jahr/Monat/Tag) Uhrzeit ca.

Wo ist es passiert?

Klinik Arztpraxis Reha Notarzteinsatz Hausbesuch

Wie ist es passiert (Kurze Darstellung, eventuell auf gesondertem Blatt): _____



Was ist vermutlich passiert? (Fehlerart)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sorgfaltspflichtverletzung | <input type="checkbox"/> Verordnungsfehler | <input type="checkbox"/> Therapiefehler | <input type="checkbox"/> Medikationsfehler |
| <input type="checkbox"/> Pflegefehler | <input type="checkbox"/> Geburtsschaden | <input type="checkbox"/> Operationsfehler | <input type="checkbox"/> Fehlende med. Indikation |
| <input type="checkbox"/> Mängel bei Erster Hilfe | <input type="checkbox"/> Fehlende Aufklärung | <input type="checkbox"/> Überwachungsfehler | <input type="checkbox"/> Unzureichende Nachsorge |
| <input type="checkbox"/> Hygieneverschulden | <input type="checkbox"/> Organisationsfehler | <input type="checkbox"/> Defekte Geräte | <input type="checkbox"/> Keine Patienteneinwilligung |
| <input type="checkbox"/> Keine/verzögerte Behandlung | <input type="checkbox"/> Fehlerhafte Aufklärung | <input type="checkbox"/> Diagnosefehler | <input type="checkbox"/> Unzureichende Anamnese |
| <input type="checkbox"/> Unterlassene/unzureichende Untersuchung | <input type="checkbox"/> sonstiges | | |

Vermuteter Verursacher

- | | | | | |
|-------------------------------------|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hausarzt | <input type="checkbox"/> Facharzt | <input type="checkbox"/> Notarzt | <input type="checkbox"/> Notdienstarzt | <input type="checkbox"/> Rettungsanitäter |
| <input type="checkbox"/> Klinikarzt | <input type="checkbox"/> Hebamme | <input type="checkbox"/> Physiotherapeuten | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker | <input type="checkbox"/> Pflegepersonal |
| <input type="checkbox"/> Apotheker | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut | <input type="checkbox"/> Ergotherapeut | <input type="checkbox"/> sonstige | |

(Name und Anschrift, welcher Fachbereich (z. B. Chirurg, Orthopäde etc.)

Fachrichtung

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unfallmedizin | <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> Zahnmedizin | <input type="checkbox"/> Gynäkologie/Geburtshilfe |
| <input type="checkbox"/> Radiologie | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Kinderheilkunde |
| <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Orthopädie | <input type="checkbox"/> Kardiologie | <input type="checkbox"/> Anästhesie |
| <input type="checkbox"/> Augenheilkunde | <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Dermatologie |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Kosmetische Chirurgie | <input type="checkbox"/> sonstige |

Erfolgte eine psychologische Behandlung/Therapie? nein ja

Wenn ja: ambulant stationär

bei welchem Psychologen/Psychotherapeuten? _____

(Name und Anschrift)

Haben Sie die Behandlung/Therapie abgeschlossen? ja nein

Wie beurteilen Sie die Notwendigkeit und den Erfolg der Behandlung/Therapie:

positiv negativ sinnlos

3) Rechtliche Situation:

Was streben Sie an?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sachverhaltsklärung | <input type="checkbox"/> Entschuldigung | <input type="checkbox"/> Schadensersatz/Schmerzensgeld |
| <input type="checkbox"/> Feststellung des GdB | <input type="checkbox"/> Feststellung des MdE | <input type="checkbox"/> Strafverfahren |

Haben Sie bereits ein Gedächtnisprotokoll erstellt? nein ja

Haben Sie Kopien aller Behandlungsunterlagen? nein ja

Behandlungsunterlagen problemlos erhalten verweigert teilweise erhalten



Behandlungsunterlagen erhalten nach Anforderung durch:

- mich persönlich Krankenkasse Ärztekammer SGM Anwalt
Waren Sie mit der Hilfe der Krankenkasse: zufrieden unzufrieden nicht verlangt
Patientenfürsprecher war informiert: nein ja zufrieden unzufrieden

Wurde bereits ein Gutachten erstellt?

- Privatgutachten MD(K) Gerichtsgutachten Gutachter-/Schlichtungsstelle

Gutachter-/Schlichtungsstelle, welche und wo? _____

Antrag gestellt am: _____, Bescheid erhalten am: _____, widersprochen am: _____

Bewertung des Gutachtens: positiv negativ

Verfahren:

Eigener Rechtsanwalt: _____
(Name und Anschrift)

Sind/waren Sie zufrieden mit der Arbeit Ihres Rechtsanwalts? ja nein

private Gutachter: _____
(Namen und Anschriften)

Bewertung des Gutachtens: positiv negativ

Beklagte: _____, Beigezogene: _____

Gegnerische Rechtsanwälte: _____
(Namen und Anschriften)

Gegnerische Versicherungen: _____
(Anschrift der Versicherung, Name des Sachbearbeiters, Schaden-Nr.)

Außergerichtliches Verfahren:

Vergleich erfolgreich: ja nein, wenn nein: aufgegeben Klage erhoben

Gerichtliches Verfahren:

Zivilprozess Sozialgerichtsverfahren Strafverfahren Klage erhoben am: _____

Bei welchem Gericht: _____ Aktenzeichen: _____

Namen der Richter, Kammer, Senat: _____

Vom Gericht bestellte Gutachter: _____
(Namen und Anschriften)

Bewertung des Gutachtens: positiv negativ



Selbsthilfegemeinschaft
Medizingeschädigter e.V.

Wurden Sie vom gerichtlich bestellten Gutachter untersucht? ja nein

Wurde der Gutachter mit Zustimmung des Klägers beauftragt? ja nein

Wurde ein privates Gutachten vom Gericht ausreichend gewürdigt? ja nein

Wurde der private Gutachter vom Gericht gehört? ja nein

Wurde der gerichtlich bestellte Gutachter vom Gericht gehört? ja nein

Wessen Ausführungen in den Gutachten folgte der Richter bei seiner Entscheidung?

gerichtlicher Sachverständiger privater Gutachter Gutachterkommission

Gerichtliches Verfahren beendet mit Vergleich positivem Urteil negativem Urteil

4) Öffentlichkeitsarbeit:

Zeitungen, Fernsehen, Hörfunk

Berichte am: _____

Auswirkungen auf das Verfahren: positiv negativ keine

Ich bin bereit mit Journalisten über meinen Medizinschaden zu reden ja nein

Hilfeersuchen (z.B. Petitionsausschuss) gestellt am: _____

Antwort auf Hilfeersuchen: _____

Auswirkungen auf das Verfahren: positiv negativ keine

5) Eigene Erfahrungen:

Wie wurden Sie auf unseren Verein aufmerksam?

Medien Arzt Internet Krankenkasse andere Betroffene

andere Beratungsstellen /Hinweisgeber und zwar welche: _____

Bestehen Kontakte zu anderen Selbsthilfegruppen? ja nein

Wenn ja, welche können Sie empfehlen: _____
(Name und Anschrift)

Mit welchen Ärzten machten Sie nach der ärztlichen Fehlbehandlung positive Erfahrungen?

(Name und Anschrift, gegebenenfalls weitere auf gesondertem Blatt aufführen)

Ort, Datum

Unterschrift