



**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



- 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
- Hilfensuchen (z.B. Petitionsausschuss) gestellt am: \_\_\_\_\_
- Antwort auf Hilfensuchen: \_\_\_\_\_
- 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