

**Absender** (nur angeben, wenn abweichend von Patientendaten)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße/Nr.	PLZ	Ort

An die  
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen  
der norddeutschen Ärztekammern  
Hans-Böckler-Allee 3  
D-30173 Hannover



## Schlichtungsantrag

Aktenzeichen der Schlichtungsstelle (falls bekannt)

### Patientendaten

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Nachname	Vorname		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
früherer/Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Straße/Nr.	PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefon	E-Mail		

## Vollmacht (Bei Vertretung ausfüllen)

Ich möchte das Verfahren nicht selber führen. Statt meiner bevollmächtige ich:

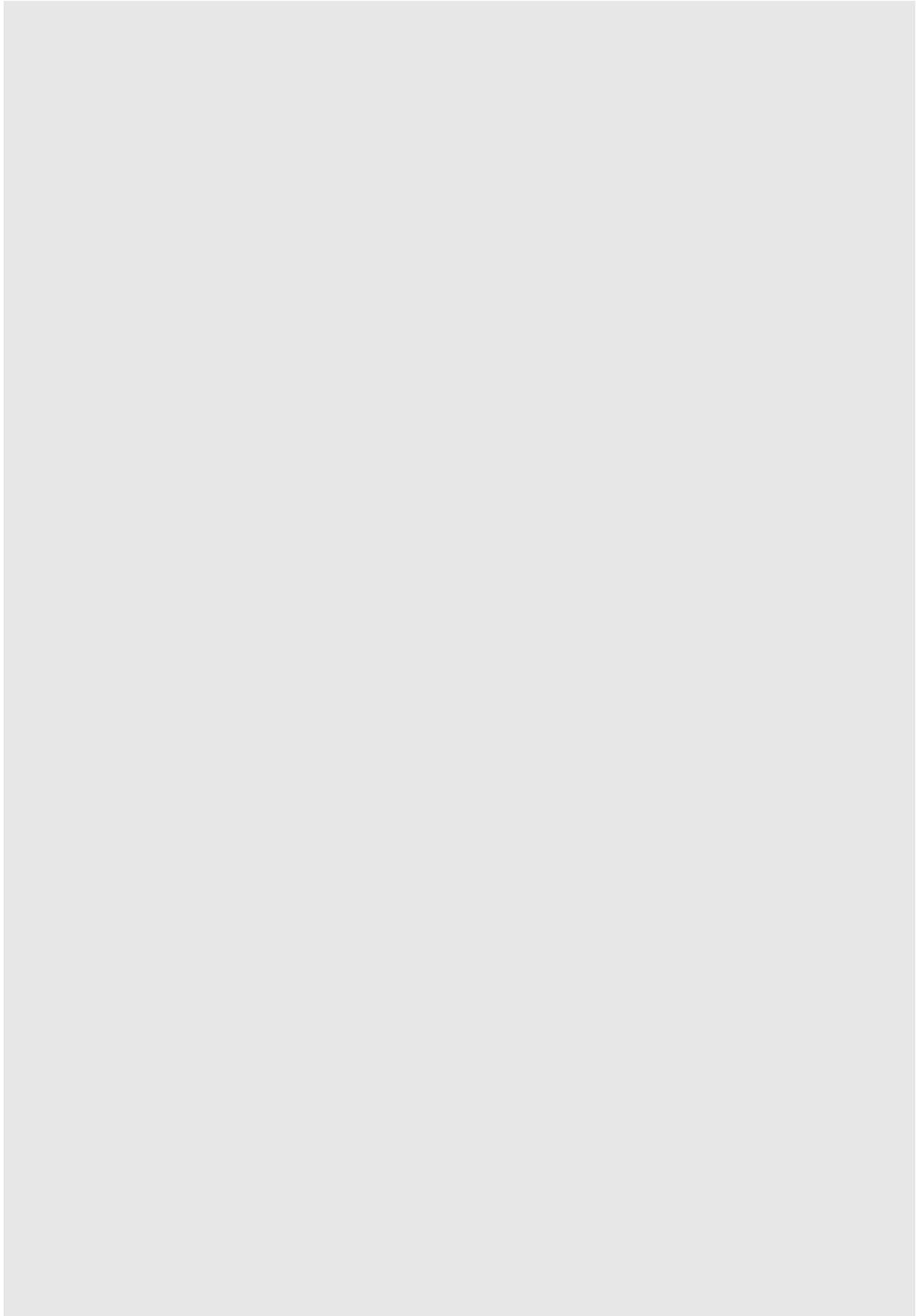
Frau / Herrn

wohnhaft

mit der Vertretung meiner Interessen in diesem Schlichtungsverfahren.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ort, Datum	Unterschrift Patient

## Sachverhaltsdarstellung und Vorwurf:



# Fragebogen



Aktenzeichen der Schlichtungsstelle (falls bekannt)

## 01. Patientendaten

Nachname

Vorname

männlich

weiblich

früherer/Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße/Nr.

PLZ

Ort

Telefon

E-Mail

## 02. WANN soll die fehlerhafte Behandlung erfolgt sein (Zeitpunkt oder Zeitraum)?

## 03. Von WEM verlangen Sie Schadenersatz?

Bitte Angaben von Namen und Anschrift des Krankenhauses / niedergelassenen Arztes.

## 04. Ist wegen des geltend gemachten Schadens bereits ein Anspruch gegen die in Ziffer 03 genannten Personen bzw. Institutionen erhoben worden? Falls ja, bitten wir um Überlassung des Schriftwechsels.

 Ja Nein

(Zutreffendes bitte ankreuzen.)

05. Ist wegen der geltend gemachten Schädigung bereits ein Verfahren (Straf- oder Zivilprozess) anhängig (bzw. gewesen)? Falls ja, bitte Aktenzeichen und Gericht/Staatsanwaltschaft angeben.

Ja  Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

Aktenzeichen

Gericht/Staatsanwaltschaft

06. Krankenversicherung

privat  gesetzlich (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

07. Liegt bereits ein MDK-Gutachten (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) vor?  
Falls ja: Bitte eine Kopie beifügen.

Ja  Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

08. Wird bereits eine Rente gezahlt (außer Altersrente)?

Falls ja: Bitte Anschrift und Aktenzeichen der zahlenden Stelle angeben und Datum des Rentenbeginns.

Ja  Nein (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

AZ/Behörde

09. Ist wegen der behaupteten Schädigung bereits gegen einen Dritten ein Anspruch erhoben worden (z.B. gegen den Verursacher eines Unfalls, der zu der beanstandeten Behandlung führte)?

Ja  Nein  Ist eine Zahlung erfolgt?  Ja  Nein

10. Alle nachstehend genannten Ärzte, Versicherer und andere zur Erteilung von Auskünften fähige Personen und Stellen werden von der Schweigepflicht entbunden.

a) Hausarzt vor der Schädigung:

Name des Hausarztes Fachrichtung von/bis  
    
Straße/Nr. PLZ Ort

b) Hausarzt nach der Schädigung: (nur falls abweichend von a))

Name des Hausarztes Fachrichtung von/bis  
    
Straße/Nr. PLZ Ort

## 11. Behandelnde Ärzte / Krankenhäuser in den fünf Jahren vor der Schädigung:

11.1			
Name / Krankenhaus	Fachrichtung	von / bis	
Straße / Nr.	PLZ	Ort	
11.2			
Name / Krankenhaus	Fachrichtung	von / bis	
Straße / Nr.	PLZ	Ort	
11.3			
Name / Krankenhaus	Fachrichtung	von / bis	
Straße / Nr.	PLZ	Ort	
11.4			
Name / Krankenhaus	Fachrichtung	von / bis	
Straße / Nr.	PLZ	Ort	

## 12. Behandelnde Ärzte / Krankenhäuser nach der Schädigung:

12.1			
Name / Krankenhaus	Fachrichtung	von / bis	
Straße / Nr.	PLZ	Ort	
12.2			
Name / Krankenhaus	Fachrichtung	von / bis	
Straße / Nr.	PLZ	Ort	
12.3			
Name / Krankenhaus	Fachrichtung	von / bis	
Straße / Nr.	PLZ	Ort	
12.4			
Name / Krankenhaus	Fachrichtung	von / bis	
Straße / Nr.	PLZ	Ort	

Ort, Datum

**Unterschrift** (Als Patient / Patientin, als gesetzl. Vertreter / Vertreterin, als Erbe)

# Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zum Antrag auf Überprüfung einer ärztlichen Behandlung

Aktenzeichen der Schlichtungsstelle (falls bekannt)

## Patientendaten

Nachname

Vorname

früherer/Geburtsname

Geburtsdatum

Straße/Nr.

PLZ

Ort

Betroffener Arzt/betroffenes Krankenhaus ergibt sich aus Punkt 3 des Fragebogens, der an die Betroffenen verschickt wird.

### 1. Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Daten sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Schlichtungsstelle erhebt, verarbeitet und nutzt im Rahmen der beantragten Begutachtung Gesundheits- und sonstige personenbezogene Daten des Patienten, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens notwendig ist. Hierzu bitten wir um Abgabe der nachstehenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle bei den von mir im beigefügten Fragebogen aufgeführten Personen und Stellen (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Sozialversicherungsträger, Behörden, Gerichte) die erforderlichen Unterlagen, die mit der beanstandeten Behandlung im Zusammenhang stehen, anfordert und im Verfahren verwertet. Ich entbinde die aufgeführten Personen und Stellen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

Sollte im Verlaufe des Verfahrens die Beziehung ergänzender Behandlungsunterlagen bei weiteren Personen oder Stellen notwendig werden, erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle auch diese Unterlagen anfordert und im Verfahren verwertet. Ich entbinde die entsprechenden Personen und Stellen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

**Hinweis:** Sollten Sie mit dem Inhalt dieser Erklärung nicht einverstanden sein, besteht die Möglichkeit, dass die Schlichtungsstelle Ihnen die entsprechenden Personen oder Stellen mitteilt und Sie für den jeweiligen Einzelfall eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung erteilen. Dies wird zu einer Verzögerung des Verfahrens führen. Wenn Sie keine Einwilligung zur Datenerhebung abgeben möchten, können Sie uns die Krankenunterlagen beschaffen und übersenden.

Die Schlichtungsstelle legt Wert auf bestmöglich qualifizierte Gutachter. Zu diesem Zweck bitten wir Sie um Ihr Einverständnis, dem beauftragten Gutachter eine Kopie der abschließenden Entscheidung zuzusenden. Bitte kreuzen Sie daher hier an, damit wir sicherstellen können, dass die Gutachter ihre Qualität sichern können. Danke.

### 2. Weitergabe von Daten an die am Verfahren beteiligten Ärzte und Krankenhäuser

Wie auch Patienten können sich Ärzte und Krankenhäuser von Dritten vertreten lassen. Der im konkreten Fall vertretungsberechtigte Dritte wird Ihnen unverzüglich benannt, sobald er der Schlichtungsstelle bekannt gegeben wurde.

Ich bin damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle meine zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Gesundheitsdaten direkt an den vertretungsberechtigten Dritten auf Anforderung übermittelt und diese vom vertretungsberechtigten Dritten erhoben, gespeichert und genutzt werden, soweit dies für die Bearbeitung des möglichen Schadenersatzanspruchs erforderlich ist. Insoweit entbinde ich die Schlichtungsstelle sowie die beteiligten Ärzte und Krankenhäuser von ihrer Schweigepflicht.

### 3. Einwilligung in die Weitergabe von Daten an den Haftpflichtversicherer

Ärzte sind gegen Schadensersatzansprüche, die sich aus ihrer Berufstätigkeit ergeben können, versichert (Berufshaftpflichtversicherung). Es obliegt dem Versicherungsnehmer (z. B. Arzt oder Krankenhausträger), dem zuständigen Haftpflichtversicherer jeden Versicherungsfall innerhalb einer Woche anzuzeigen, auch wenn noch keine Schadensersatzansprüche erhoben worden sind (§ 104 VVG). Dies gilt auch für Verfahren vor der Schlichtungsstelle. Der Versicherungsschutz umfasst u. a. die Prüfung der Haftungsfrage durch den Haftpflichtversicherer, der bevollmächtigt ist, alle ihm zur Abwicklung des Schadens oder Abwehr der Schadensersatzansprüche zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen des Versicherungsnehmers abzugeben. Der Versicherungsnehmer ist seinerseits verpflichtet, dem Haftpflichtversicherer alle relevanten Unterlagen zugänglich zu machen. Dies umfasst auch die im Verfahren anfallenden Daten. Für die Bearbeitung eines möglichen Schadensersatzanspruchs kann es weiterhin erforderlich sein, dass die Schlichtungsstelle die von ihr im Laufe des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an den Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigten Rechtsanwalt übermittelt. **Der im konkreten Fall zuständige Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigter Rechtsanwalt wird Ihnen unverzüglich benannt, sobald er der Schlichtungsstelle bekannt gegeben wurde.**

Ich bin damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle die zum Zwecke des Verfahrens erhobenen und verarbeiteten Daten direkt an den zuständigen Haftpflichtversicherer und ggf. dessen vertretungsberechtigten Rechtsanwalt auf Anforderung übermittelt und diese vom Haftpflichtversicherer oder vertretungsberechtigten Dritten erhoben, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies für die Bearbeitung des möglichen Schadensersatzanspruchs erforderlich ist. Sie werden dort für den Zweck des Verfahrens verwendet. Ich entbinde die Schlichtungsstelle auch insoweit von ihrer Pflicht zur Verschwiegenheit.

### 4. Einwilligung in die Übertragung von Aufgaben des Haftpflichtversicherers auf andere Stellen

Der Haftpflichtversicherer benötigt für bestimmte Aufgaben der Schadensbearbeitung den Sachverstand und die Kompetenz anderer Stellen. Er überträgt daher die Erledigung dieser Aufgaben z.B. einer anderen Gesellschaft oder einer anderen Stelle. Dafür kann es erforderlich sein, dass die im Rahmen des Verfahrens erhobenen Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an diese Stellen weitergeleitet, dort verarbeitet und genutzt werden.

In der Regel erfolgt die Datenübermittlung auf Basis einer gesetzlichen Rechtsgrundlage. In bestimmten Fällen kann jedoch Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung an solche Stellen notwendig sein. Der Haftpflichtversicherer führt eine Liste über diese Stellen und Kategorien von Stellen, die Gesundheitsdaten für ihn erheben, verarbeiten oder nutzen. Die aktuell gültige Liste kann beim Haftpflichtversicherer angefordert oder auf dessen Internetseite eingesehen werden. Sobald der Haftpflichtversicherer der Schlichtungsstelle die aktuelle Internetadresse mitgeteilt hat, wird diese an Sie weitergeleitet. Diese enthält auch die Informationen zur Datenverarbeitung.

Ich willige ein, dass der Haftpflichtversicherer die erforderlichen Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen weitergibt, und dass die Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie der Haftpflichtversicherer dies dürfte. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse von den Stellen an den Haftpflichtversicherer zurück übermittelt und von diesem zweckentsprechend verwendet werden.

### 5. Weitere Rechte

Soweit Passagen dieser Erklärung nicht von Ihrer Zustimmung erfasst sein sollen, steht es Ihnen frei, dies durch Streichung kenntlich zu machen. Es wird darauf hingewiesen, dass eine solche Einschränkung der Erklärung zum Abbruch des Verfahrens führen kann.

Diese Erklärung kann ganz oder in Teilen für die Zukunft widerrufen werden. Ein Widerruf kann dazu führen, dass das Verfahren nicht fortgesetzt wird.

Ort, Datum

Unterschrift (als Patient/Patientin, als gesetzl. Vertreter/Vertreterin, als Erbe)