

## Antrag auf Überprüfung einer ärztlichen Behandlung

### I. Patientendaten

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Anschrift

---

Telefon

Im Falle der Vertretung:  
gesetzliche(r) Vertreter(in) / Betreuer(in) / Bevollmächtigte(r)

---

Name, Vorname

---

Anschrift

---

Telefon

Bitte Bestellungsurkunde bzw. Vollmacht beifügen.

### II. Gegen wen richtet sich Ihr Vorwurf eines Behandlungsfehlers?

1. Im Falle einer Behandlung in einem Krankenhaus:

---

Name des Krankenhauses

---

Anschrift

---

Abteilung

---

Chefarzt/-ärztin

2. Im Falle der Behandlung durch einen niedergelassenen Arzt/Ärztin:

---

Name, Vorname

---

Praxisanschrift

### III. Zur Behandlung selbst:

1. Aus welchem Grund erfolgte die Behandlung?

2. Wann ist das schädigende Fehlverhalten erfolgt?

---

Datum

3. In welchen Tatsachen wird das schädigende Fehlverhalten gesehen?

4. Welche gesundheitlichen Nachteile sollen durch das schädigende Fehlverhalten verursacht worden sein?

(ggf. Ausführungen auf einem gesonderten Blatt)

**IV. Von welchen Ärzten/Ärztinnen und in welchen Krankenhäusern sind Sie seit der vorgetragenen Schädigung behandelt oder untersucht worden?**

Geben sie dazu den genauen Zeitraum, bei Behandlungen in Krankenhäusern oder Kliniken auch die Abteilung und den Chefarzt/-ärztin an. Fügen Sie ggf. ein gesondertes Blatt bei.

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes/der Ärztin

\_\_\_\_\_  
von / bis

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift

\_\_\_\_\_  
Name und Ort des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
Abteilung und Chefarzt/-ärztin

.....

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes/der Ärztin

\_\_\_\_\_  
von / bis

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift

\_\_\_\_\_  
Name und Ort des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
Abteilung und Chefarzt/-ärztin

.....

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes/der Ärztin

\_\_\_\_\_  
von / bis

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift

\_\_\_\_\_  
Name und Ort des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
Abteilung und Chefarzt/-ärztin

.....

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes/der Ärztin

\_\_\_\_\_  
von / bis

\_\_\_\_\_  
Praxisanschrift

\_\_\_\_\_  
Name und Ort des Krankenhauses

\_\_\_\_\_  
Abteilung und Chefarzt/-ärztin

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift