

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