

Mandanten-Fragebogen (Arzthaftungsrecht)

Zur Vereinfachung der Bearbeitung bitte ich Sie, diesen Fragebogen auszufüllen.
Ihre Angaben sind geschützt durch die anwaltliche Verschwiegenheitspflicht.
Hinweis gemäß § 32 BDSG: Die Daten werden elektronisch gespeichert.

I. Allgemeine Angaben

1. Allgemeine Angaben zum Anspruchsteller

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

bei Minderjährigen:

Name, Vorname der Eltern bzw. gesetzl. Vertreter:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse:

2. Angaben zur Krankenkasse

Name:

Anschrift:

Versicherungsnummer:

3. Bankverbindung

Kreditinstitut:

Kontoinhaber:

IBAN::

4. Rechtsschutzversicherung (sofern vorhanden)

Name der Versicherung:

Anschrift:

Versicherungsschein-Nr.:

Versicherungsnehmer:

die Versicherung besteht seit:

ggf. Höhe der vereinbarten Selbstbeteiligung:

5. Sind Sie vorsteuerabzugsberechtigt? ja / nein

6. Beziehen Sie Sozialleistungen?*

Krankengeld/Übergangsgeld?

Pflegeleistungen der Pflegekasse?

Unfallrente, Erwerbsminderungsrente?

Eingliederungshilfe?

* Wenn Sie Leistungen beziehen, geben Sie bitte den Leistungszeitraum sowie die Höhe der Leistungen an und fügen Sie die entsprechenden Bescheide in Kopie bei.

7. Haben Sie einen Schwerbehindertenausweis (beantragt)? ja / nein

Wenn ja, bitte eine Kopie des Ausweises und des Bescheides beifügen.

II. Angaben zur Sache

1. Wegen welcher Krankheit/Beschwerden haben Sie sich in Behandlung begeben?

2. Wo (Krankenhaus/Arztpraxis) und von wem (Name des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärzte) wurden Sie behandelt?

Bitte machen Sie möglichst umfassende Angaben. Falls der Platz auf dem Fragebogen nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt.

3. *Wurde Privatbehandlung/Chefarztbehandlung vereinbart?* ja / nein

Wenn ja, fügen Sie bitte eine Kopie des Behandlungsvertrages bei.

4. *Wann fand die Behandlung statt?*

(z.B. Dauer des Krankenhausaufenthaltes, Datum der OP bzw. Datum einer ambulanten Behandlung)

5. *Was für eine Behandlung wurde durchgeführt?*

6. *Wurden Sie vor der Behandlung über mögliche Risiken und ggf. Behandlungsalternativen aufgeklärt? Wenn ja, wann und von wem?*

7. *Welcher Gesundheitsschaden ist durch die Behandlung eingetreten?*

8. *Wer ist Ihrer Meinung nach (möglicherweise) für den Eintritt dieses Schadens verantwortlich? Worin besteht Ihrer Meinung nach die fehlerhafte Behandlung?*

9. Geben Sie hier bitte auch alle Ärzte (Name, Anschrift, Behandlungszeitraum) an, die Sie in der Folgezeit behandelt haben:

10. Haben Sie bereits Krankenunterlagen angefordert? ja / nein

Falls Sie bereits im Besitz von Krankenunterlagen sind, fügen Sie diese bitte (ggf. in Kopie) bei.

11. Haben Sie bereits Ansprüche gegen den/die Schädiger geltend gemacht? Sind bereits Schadensersatzleistungen an Sie gezahlt worden? Wenn ja, in welcher Höhe?

Füllen Sie den Fragebogen bitte so weit wie möglich aus und fügen Sie alle in Ihrem Besitz befindlichen Unterlagen (z.B. Arztbriefe und ggf. bereits vorhandene Gutachten), die mit dem Schaden zusammenhängen, bei. Falls der Platz auf dem Bogen nicht ausreicht, verwenden Sie bitte ein gesondertes Blatt. Der Fragebogen soll nur der ersten Orientierung und Prüfung dienen und die anschließende Bearbeitung erleichtern. Wenn Sie Fragen haben, können Sie selbstverständlich gerne einen telefonischen oder persönlichen Besprechungstermin vereinbaren.

(Ort, Datum)

(Unterschrift Mandant/in bzw. ges. Vertreter)