



Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen
bei der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK)

An die
Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen
bei der Bayerischen Landesärztekammer
Mühlbauerstr. 16
81677 München

Fragebogen Gutachterverfahren (Patient)

Aktenzeichen:

(Das Aktenzeichen wird von der Gutachterstelle vergeben, bitte bei späteren Schriftwechseln angeben)

Hinweis:

Um eine schnelle und zügige Bearbeitung Ihres Antrages zu ermöglichen, bitten wir Sie, auch in Ihrem eigenen Interesse die nachfolgend gestellten Fragen vollständig zu beantworten und die beigefügte Checkliste zu beachten. Dies erspart unter Umständen erneute Anfragen und verhindert Verzögerungen.

1. Patient:

Name (zum Zeitpunkt der gerügten Behandlung):			
Name (falls abweichend):			
Vorname:			
Geburtsdatum:	Geschlecht:	m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/>
Nationalität:			
Straße:			
PLZ, Wohnort:			
Telefon:			
Beruf:	Rente:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
ggf. Sterbedatum:			

krankenversichert zum Zeitpunkt der ärztlichen Behandlung:

gesetzlich privat gesetzlich und zusatzversichert

(wir benötigen diese Angabe zur Ermittlung der hierfür zuständigen Berufshaftpflichtversicherung)

2. Antragsteller, sofern nicht Patient:

Anrede:
Name:
Vorname:
Straße:
PLZ, Wohnort:
Telefon:

Für den Patienten handele/handeln ich/wir als

dessen **Sorgeberechtigte (z.B. Eltern)**

dessen **Betreuer** (Kopie Betreuerausweis liegt bei)

dessen **Erbe** (Kopie Erbenachweis liegt bei)

3. ggf. Vertreter:

Anrede:
Name:
Vorname:
Straße:
PLZ, Ort:
Telefon:

4. Was war der Grund oder der Anlass für die ärztliche Behandlung, die Sie beanstanden?

9. Wurde aufgrund der von Ihnen vermuteten ärztlichen Fehlbehandlung bereits ein Gutachten erstellt?

(wenn ja, bitte eine Kopie dieses Gutachtens beilegen!)

Ja

Nein

10. Welche Ärzte/Ärztinnen/Kliniken haben Sie vor bzw. nach der vermuteten ärztlichen Fehlbehandlung untersucht bzw. behandelt?

(Bitte geben Sie möglichst den genauen Zeitpunkt und den Namen sowie die vollständige Anschrift dieser Ärzte bzw. Einrichtungen an, damit wir von diesen Ihre Unterlagen anfordern und dem Gutachter zur Verfügung stellen können. Dies erspart zusätzliche Anfragen und kann zu einer Verkürzung der Verfahrensdauer führen.)

exakter Zeitpunkt/ Zeitraum	Name/Facharztbezeichnung/ Einrichtung	Anschrift
von: bis: ggf. am:		Straße: PLZ: Ort:
von: bis: ggf. am:		Straße: PLZ: Ort:
von: bis: ggf. am:		Straße: PLZ: Ort:
von: bis: ggf. am:		Straße: PLZ: Ort:
von: bis: ggf. am:		Straße: PLZ: Ort:
von: bis: ggf. am:		Straße: PLZ: Ort:
von: bis: ggf. am:		Straße: PLZ: Ort:

11. Beanstanden Sie erstmals eine ärztliche Behandlung bei unserer Einrichtung?

Ja

Nein damaliges Aktenzeichen:

12. Woher haben Sie von der Einrichtung der Gutachterstelle erfahren?

Krankenkasse Patientenvertretung Arzthaftpflichtversicherung

Internet Sonstige _____

Hiermit beantrage ich die Durchführung eines Gutachterverfahrens.

....., den.....

.....

Unterschrift

(Bei minderjährigen Patienten bitten wir um Unterschrift **VYjXyf 9`hf bHjY** als gesetzliche Vertreter bzw. des alleinigen Sorgeberechtigten oder des Vormund unter Beilegung eines entsprechenden Nachweises.)

Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Aktenzeichen: _____

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ, Wohnort:

Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden und untersuchenden Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Versicherungsträger aller Art sowie Behörden gegenüber den Mitarbeitern der Gutachterstelle für Arzthaftungsfragen, Mühlbauerstr. 16, 81677 München (Gutachterstelle) und gegenüber den von dieser im Rahmen des Verfahrens beauftragten ärztlichen Gutachtern von ihrer Schweigepflicht.

Die Gutachterstelle ist berechtigt, alle meinen gesundheitlichen Zustand betreffenden Unterlagen wie zum Beispiel Krankenblätter, Krankengeschichte, ärztliche Aufzeichnungen, Akten von Behörden und Versicherungsträgern aller Art, die mit der beanstandeten Behandlung in Zusammenhang stehen, anzufordern.

....., den

.....

Unterschrift

(Bei Minderjährigen haben beide Elternteile - die gesetzlichen Vertreter - zu unterzeichnen bzw. der Vormund u. a. unter Beilegung einer Kopie der Verfügung.)

Checkliste

Lieber Antragsteller,

die unten angegebenen Unterlagen sind eine allgemeine Aufzählung von Dokumentationen, die Ihnen möglicherweise als Patient vorliegen und für das Gutachterverfahren benötigt werden. Wir dürfen Sie bitten diese Checkliste zu prüfen und **gegebenenfalls** die in Ihrem Besitz befindlichen Unterlagen dem Fragebogen beizufügen, damit erneute Anfragen und somit Verzögerungen vermieden werden können. Bitte denken Sie auch daran, den Fragebogen sowie die Schweigepflichtentbindungserklärung zu unterschreiben.

- **Röntgenbilder (leihweise im Original oder auf CD)**
- **Arztbriefe/OP-Berichte/Befunde in Kopie**
- **Atteste in Kopie**
- **Videodokumentation**
- **Fotodokumentation** (Aufnahmedatum der Bilder auf der Rückseite unbedingt vermerken!)
- **Mutterpass und/oder Kinderuntersuchungsheft in Kopie** (nur bei gynäkologischen/geburtshilflichen bzw. kinderärztlichen Behandlungen)
- **Kopie Vertretungsvollmacht**
- **Kopie Erbennachweis bzw. Erklärung, dass Sie als Antragsteller erbberechtigt sind**
- **Kopie erstellter Gutachten**