

Bitte senden Sie diesen Antrag an:

Ärztekammer Bremen
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
Schwachhauser Heerstraße 30
28209 Bremen

Antrag auf Durchführung eines Verfahrens bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Bremen

Aktenzeichen¹: _____

I. Daten der Patientin oder des Patienten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ ggf. verstorben am: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Straße: _____ Hausnr.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

¹ Wird durch die Schlichtungsstelle vergeben

II. Angaben zu Dritten, wenn die Patientin oder der Patient das Verfahren nicht selbst durchführt

Hinweis: In Betracht kommen etwa bevollmächtigte Vertreter, Erben, Eltern/Sorgeberechtigte, Betreuer. In diesem Fall kann ein Verfahren nur durchgeführt werden, wenn Sie diesem Antrag einen geeigneten Nachweis beifügen, z.B. Kopie der Vollmacht, Erbschein, Testament, Nachweis des alleinigen/gemeinsamen Sorgerechts, Betreuungsurkunde etc.

1. Antragsstellende

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Straße: _____ Hausnr.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

2. Antragsstellende

Name: _____

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers

Straße: _____ Hausnr.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

III. Behandlungsfehlervorwurf

1. Wer hat Sie Ihrer Ansicht nach falsch behandelt? In welcher Praxis oder in welchem Krankenhaus wurden Sie Ihrer Ansicht nach falsch behandelt?

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Anschrift der Praxis/des Krankenhauses: _____

Ggf. Abteilung/Fachrichtung: _____

Falls bekannt Chefärztin/-arzt: _____

2. Wann hat die Ihrer Ansicht nach falsche Behandlung stattgefunden?

Zeitpunkt/Zeitraum: _____

3.1. Was war der Grund Ihres Arztbesuchs/Krankenhausaufenthalts?

3.2. Was war an der ärztlichen Behandlung aus Ihrer Sicht falsch?

IV. Vor – und nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte

1. Wer ist Ihre Hausärztin oder Ihr Hausarzt?

Name: _____

Anschrift: _____

2. Wo wurden Sie vor der Ihrer Ansicht nach falschen Behandlung ärztlich behandelt?

Hinweis: Bitte geben Sie nur die Ärztinnen/Ärzte, Praxen und Krankenhäuser an, die im Zusammenhang mit der beanstandeten Behandlung aufgesucht wurden.

2.1. Vorbehandelnde/r Ärztin/Arzt oder Krankenhaus

Name: _____

Ggf. Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Behandlung von – bis: _____

2.2. Vorbehandelnde/r Ärztin/Arzt oder Krankenhaus

Name: _____

Ggf. Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Behandlung von – bis: _____

3. Wo wurden Sie nach der Ihrer Ansicht nach falschen Behandlung ärztlich behandelt?

Hinweis: Bitte geben Sie nur die Ärztinnen/Ärzte, Praxen und Krankenhäuser an, die im Zusammenhang mit der beanstandeten Behandlung aufgesucht wurden.

3.1. Nachbehandelnde/r Ärztin/Arzt oder Krankenhaus

Name: _____

Ggf. Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Behandlung von – bis: _____

3.2. Nachbehandelnde/r Ärztin/Arzt oder Krankenhaus

Name: _____

Ggf. Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Behandlung von – bis: _____

3.3. Nachbehandelnde/r Ärztin/Arzt oder Krankenhaus

Name: _____

Ggf. Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Behandlung von – bis: _____

V. Sonstige Angaben

1. Haben Sie wegen der aus Ihrer Sicht falschen Behandlung bereits Klage bei Gericht erhoben oder Anzeige bei der Polizei oder der Staatsanwaltschaft erstattet?

Ja

Nein

Falls ja, teilen Sie uns bitte Aktenzeichen und Gericht oder Staatsanwaltschaft mit: _____

2. Wurde im Zusammenhang mit der aus Ihrer Sicht falschen Behandlung bereits ein anderes Gutachten (z.B. durch den Medizinischen Dienst (MD) oder durch die Renten- oder Unfallversicherung) erstellt?

Ja

Nein

Falls ja, durch wen? _____

Hinweis: Bitte fügen Sie das Gutachten Ihrem Antrag bei.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Ärztekammer Bremen (Art. 13, 14 DSGVO) zur Kenntnis genommen habe und mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten, soweit dies für die Durchführung des Schlichtungsverfahrens notwendig ist, einverstanden bin.

Ich/wir unterschreibe/n diesen Antrag als

Patientin oder Patient persönlich

bevollmächtigte/r Vertreter/Vertreterin

Gesetzliche/r Vertreterin oder Vertreter der Patientin oder des Patienten

Erbin/Erbe/Erben

Hinweis: Eltern und Sorgeberechtigte müssen den Antrag beide unterschreiben oder der eine Elternteil/Sorgeberechtigte muss dem anderen eine Vollmacht erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung zum Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens

Daten des Antragstellers

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Die betroffenen Ärztinnen oder Ärzte und Behandlungseinrichtungen ergeben sich aus dem Antrag.

1. Einwilligung in die Verarbeitung von Daten sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Schlichtungsstelle verarbeitet im Rahmen der beantragten Durchführung eines Schlichtungsverfahrens Ihre Gesundheits- und sonstigen personenbezogene Daten (im Folgenden: Daten), soweit dies für die Durchführung des Verfahrens notwendig ist. Hierfür benötigen wir diese Einwilligung- und Schweigepflichtentbindungserklärung.

* Ich entbinde die im Antrag aufgeführten Personen und Behandlungseinrichtungen von der Pflicht zur Verschwiegenheit gegenüber der Schlichtungsstelle. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle die Daten verarbeiten darf, die im Zusammenhang mit der beanstandeten Behandlung stehen.

* Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie Ihre Zustimmung erteilen. Bitte beachten Sie, dass ohne Ihre Zustimmung das Verfahren nicht weitergeführt werden kann.

* Sollten im Laufe des Verfahrens Behandlungsunterlagen von weiteren Personen oder Behandlungseinrichtungen benötigt werden, die in meinem Antrag nicht genannt sind, so entbinde ich auch diese Personen und Behandlungseinrichtungen von der Schweigepflicht. Ich erkläre mich einverstanden, dass auch diese Personen und Behandlungseinrichtungen der Schlichtungsstelle die notwendigen Behandlungsunterlagen überlassen und die Schlichtungsstelle diese verarbeiten darf.

* Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie Ihre Zustimmung erteilen. Sofern Sie damit nicht einverstanden sind, teilt die Schlichtungsstelle Ihnen die entsprechenden Personen oder Behandlungseinrichtungen mit und holt für den jeweiligen Einzelfall eine Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung von Ihnen ein. Dies wird allerdings zu einer Verzögerung des Verfahrens führen.

* Die Schlichtungsstelle legt Wert auf bestmöglich qualifizierte Gutachter – diese sind für das Schlichtungsverfahren unerlässlich. Ich bin damit einverstanden, dass dem beauftragten Gutachter eine Kopie der abschließenden Entscheidung zugesendet wird.

* Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie Ihre Zustimmung erteilen.

2. Weitergabe von Daten an vertretungsberechtigte Dritte

Auch Ärztinnen und Ärzte sowie Behandlungseinrichtungen können sich von Dritten vertreten lassen. Es beschleunigt das Verfahren, wenn die Schlichtungsstelle direkt mit dem Rechtsvertreter in Verbindung treten kann. 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 Daten zum Zweck der Durchführung dieses Verfahrens direkt an vertretungsberechtigte Dritte weitergeben darf. Vertretungsberechtigte Dritte dürfen meine Daten verarbeiten, soweit dies für die Durchführung des Verfahrens bei der Schlichtungsstelle erforderlich ist.

* Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie Ihre Zustimmung erteilen. Sofern Sie nicht einverstanden sind, kann sich das Verfahren verzögern.

3. Einwilligung in die Weitergabe von Daten an die Haftpflichtversicherer

Ärztinnen und Ärzte sind von Gesetzes wegen verpflichtet, sich im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit hinreichend gegen Haftpflichtansprüche zu versichern (Berufshaftpflichtversicherung). Sie müssen daher als Versicherungsnehmer ihrem zuständigen Haftpflichtversicherer jeden möglichen Versicherungsfall anzeigen (§ 104 VVG). Dies gilt auch für Verfahren bei der Schlichtungsstelle. Der Versicherungsschutz umfasst auch die Prüfung der Haftungsfrage durch den Haftpflichtversicherer. Dieser ist bevollmächtigt, alle ihm für das Verfahren zweckmäßig erscheinenden Erklärungen im Namen seines Versicherungsnehmers abzugeben.

Dafür muss der Versicherungsnehmer dem Haftpflichtversicherer alle relevanten Unterlagen - auch die im Schlichtungsverfahren anfallenden Daten - zugänglich machen. Außerdem kann es erforderlich sein, dass die Schlichtungsstelle ebenfalls Ihre Gesundheits- und sonstigen personenbezogenen Daten an den Haftpflichtversicherer und dessen Rechtsvertreter übermitteln

muss. Der im konkreten Fall zuständige Haftpflichtversicherer und dessen Rechtsvertreter wird Ihnen unverzüglich benannt, sobald er der Schlichtungsstelle bekannt gegeben wurde. Es beschleunigt das Verfahren, wenn die Schlichtungsstelle direkt mit dem Haftpflichtversicherer in Verbindung treten kann.

* Ich bin damit einverstanden, dass die Schlichtungsstelle meine Daten zum Zweck der Durchführung dieses Verfahrens direkt an den zuständigen Haftpflichtversicherer und dessen Rechtsvertreter auf Anforderung übermittelt. Diese dürfen meine Daten verarbeiten, soweit dies für die Bearbeitung des möglichen Haftpflichtanspruchs erforderlich ist.

* Bitte kreuzen Sie an, wenn Sie Ihre Zustimmung erteilen. Sofern Sie nicht einverstanden sind, kann sich das Verfahren verzögern.

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, zum Beispiel Gutachter. Dafür kann es erforderlich sein, dass die im Rahmen des Verfahrens erhobenen Daten an diese Stellen weitergeleitet und dort verarbeitet 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 bin damit einverstanden, dass der Haftpflichtversicherer die erforderlichen Daten an die von ihm benannten 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 benannten Stellen an den Haftpflichtversicherer zurück übermittelt und von diesem zweckentsprechend verwendet werden.

* Bitte kreuzen Sie jeweils an, wenn Sie Ihre Zustimmung erteilen. Sofern Sie nicht einverstanden sind, kann dies zur Einstellung des Verfahrens führen.

5. Weitere Rechte

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

Hinweis: Eltern und Sorgeberechtigte müssen den Antrag beide unterschreiben oder der eine Elternteil/Sorgeberechtigte muss dem anderen eine Vollmacht erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Information über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Ärztekammer Bremen (Art. 13, 14 DSGVO)

(Stand: 4. Januar 2020)

Mit den folgenden Informationen möchten wir Ihnen einen Überblick geben über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Ärztekammer Bremen und Sie über Ihre Rechte aus dem Datenschutzrecht informieren.

Wer ist für die Datenverarbeitung verantwortlich und an wen können Sie sich wenden?

Verantwortlich ist
Ärztekammer Bremen
Schwachhauser Heerstraße 30
28209 Bremen
Tel.: +49 421 3404 200
Fax: +49 421 3404 208
E-Mail: info@aekhb.de

Sie erreichen unseren betrieblichen Datenschutzbeauftragten unter
Dr. Uwe Schläger
datenschutz nord GmbH
Konsul-Smidt-Straße 88
28217 Bremen
Tel.: +49 421 696632-0
Fax: +49 421 696632-11
E-Mail: office@datenschutz-nord.de

Gesetzliche Grundlagen für die Datenverarbeitung

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten, die Sie uns zugänglich gemacht haben oder uns noch zur Verfügung stellen werden, hat für die Ärztekammer Bremen einen hohen Stellenwert. Wir möchten Sie deshalb informieren, welche persönlichen Daten wir verarbeiten und zu welchen Zwecken dies geschieht.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten, damit wir Ihren Antrag auf Durchführung eines Schlichtungsverfahrens bearbeiten und den Behandlungsfehlervorwurf überprüfen können. Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c und lit. e und Abs. 2 und Abs. 3, Art 9 Abs. 2 DSGVO i.V.m. § 8 Abs. 1 Nr. 9 Heilberufsgesetz Bremen. Danach ist es Aufgabe der Ärztekammer Bremen, bei Streitigkeiten zwischen Kammermitgliedern und ihren Patienten aus dem

Behandlungsverhältnis auf Antrag des Patienten zu vermitteln.

Welche Daten verarbeiten wir?

Wir verarbeiten die personenbezogenen Daten, die Sie uns übermittelt haben oder noch zur Verfügung stellen werden oder die wir mit Ihrer Einwilligung bei Dritten erheben. Die konkret benötigten Daten entnehmen Sie bitte dem Antrag zur Durchführung eines Schlichtungsverfahrens bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Bremen.

Wofür werden meine Daten verwendet?

Wir verarbeiten Ihre Daten streng zweckgebunden im Rahmen unserer hoheitlichen Aufgabe, zwischen Kammermitgliedern und ihren Patienten zu schlichten.

Übermittlung Ihrer Daten

Ihre personenbezogenen Daten übermitteln wir an andere nur, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Innerhalb der Ärztekammer haben nur diejenigen Mitarbeiter Zugriff auf Ihre Daten, die sie zur Erfüllung der Aufgaben benötigen. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten sind die andere Verfahrenspartei und ggf. weitere Verfahrensbeteiligte (z. B. Haftpflichtversicherer), beauftragte Gutachterinnen oder Gutachter sowie die ärztlichen und juristischen Mitglieder und Mitarbeiter der Schlichtungsstelle.

Bei dem Verdacht auf Verstöße gegen die Berufsordnung können auch die Mitglieder des Vorstands in die Bearbeitung einbezogen werden.

Alle Personen – Mitarbeiter, sowie ärztliche und juristische Mitglieder der Schlichtungsstelle – sind verpflichtet, über die Daten Stillschweigen zu bewahren.

Als Körperschaft des öffentlichen Rechts unterliegen wir der Verschwiegenheit. Eine Übermittlung der Daten an Empfänger außerhalb der Ärztekammer ist deshalb nur dann zulässig, wenn eine gesetzliche

Bestimmung dies erlaubt oder Sie Ihre Einwilligung gegeben haben.

Welche Datenschutzrechte haben Sie?

Sie haben das Recht, soweit die Voraussetzungen hierfür vorliegen, Auskunft zu Ihren verarbeiteten Daten zu erhalten (Art 15 DSGVO). Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen (Art 16 DSGVO). Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten (Art 17 DSGVO), das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art 18 DSGVO) sowie das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung zu. (Art. 21 DSGVO). Sofern Sie eine Einwilligung erteilt haben, so haben Sie das Recht, die Einwilligung für eine zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde

Sie haben das Recht, sich bei der Aufsichtsbehörde zu beschweren, wenn sie der Ansicht ist, dass die Verarbeitung der sie betreffenden Daten gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstößt.

Für das Bundesland Bremen ist die zuständige Aufsichtsbehörde die

Die Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Frau Dr. Imke Sommer
Arndtsraße 1
27570 Bremerhaven
Tel.: +49 421 3612010
Fax: +49 421 49618495
E-Mail: office@datenschutz.bremen.de

Änderung dieser Datenschutzerklärung

Wir behalten uns das Recht vor, diese Datenschutzerklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu ändern. Die jeweils aktuelle Information finden Sie unter www.aekhb.de -> Patienten -> Ihr gutes Recht -> Schlichtungsstelle. Bitte besuchen Sie unsere Webseite regelmäßig und informieren Sie sich über die jeweils geltenden Datenschutzbestimmungen.