

Antrag auf Durchführung eines Verfahrens

I. Daten der Patientin/des Patienten

Vorname: _____ männlich weiblich divers

Name: _____

Geburtsdatum: _____ ggf. verstorben am: _____

Straße und Hausnr.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

II. Angaben zu Dritten

**(sofern sich die Patientin/der Patient im Verfahren vertreten lässt: bevollmächtigte Vertreter, Erben,
Sorgeberechtigter oder Betreuer)**

Hinweis: 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 Sorgerechts, Betreuungsurkunde.

Vorname: _____ männlich weiblich divers

Name: _____

Straße und Hausnr.: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Stellung zum _____
Patienten/zur Patientin

III. Behandlungsdaten

Wer hat Sie Ihrer Ansicht nach falsch behandelt?

In welcher Praxis oder in welchem Krankenhaus wurden Sie Ihrer Ansicht nach falsch behandelt?

Name und Anschrift der/des behandelnden niedergelassenen Ärztin/Arztes bzw. der Praxis/oder des Krankenhauses:

Name der Ärztin/des Arztes: _____

Anschrift der Praxis/des Krankenhauses: _____

Ggf. Abteilung/Fachrichtung: _____

Falls bekannt Chefärztin/-arzt: _____

Wann erfolgte die nach Ihrer Auffassung fehlerhafte Behandlung?

Behandlungszeitraum (ggf. OP-Tag) _____

Wegen welcher Beschwerden begaben Sie sich in die gerügte ärztliche Behandlung?

Worin besteht Ihr Vorwurf des ärztlichen Behandlungsfehlers knapp zusammengefasst?

Welcher Gesundheitsschaden ist aus Ihrer Sicht aufgrund der fehlerhaften Behandlung entstanden?
Welche Komplikation ist eingetreten?

Liegt ein MDK-Gutachten vor? (falls ja, bitte dem Antrag beifügen)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Liegt ein Gutachten der Renten- oder Unfallversicherung vor? (falls ja, bitte dem Antrag beifügen)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wurde wegen der nach Ihrer Auffassung fehlerhaften Behandlung bereits Klage bei einem Gericht erhoben oder Anzeige bei der Polizei oder einer Staatsanwaltschaft erstattet?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

IV. Sachverhaltsdarstellung

V. Vor – und nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte

Behandelnde Ärzte/Krankenhäuser, die wegen der Erkrankung **VOR** der Schädigung aufgesucht wurden:

Name: _____

Ggf. Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Behandlung von – bis: _____

Name: _____

Ggf. Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Behandlung von – bis: _____

Name: _____

Ggf. Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Behandlung von – bis: _____

Behandelnde Ärzte/Krankenhäuser, die wegen der Erkrankung **NACH** der Schädigung aufgesucht wurden:

Name: _____

Ggf. Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Behandlung von – bis: _____

Name: _____

Ggf. Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Behandlung von – bis: _____

Name: _____

Ggf. Fachrichtung: _____

Anschrift: _____

Behandlung von – bis: _____

VI. Verfahrensstand

Gibt es bereits Schriftverkehr mit der Haftpflichtversicherung der JA NEIN
Behandlungseinrichtung bzw. der/des Beschuldigten, in der Sie
den Vorwurf der Fehlbehandlung machen? (falls ja, bitte Kopien beifügen)

Ich/wir unterschreibe/n diesen Antrag als

Patientin/Patient persönlich bevollmächtigte/r Vertreter/Vertreterin Erbin/Erbe/Erben

Gesetzliche/r Vertreterin oder Vertreter der Patientin oder des Patienten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich das Informationsblatt „*Information über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Ärztekammer Bremen (Art. 13, 14 DSGVO)*“ zur Kenntnis genommen habe und mit den beschriebenen Vorgehensweisen einverstanden bin.

Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten, soweit dies für die Durchführung des Schlichtungsverfahrens notwendig ist, bin ich einverstanden.

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 der Patientin oder des Patienten

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 personenbezogenen Daten (im Folgenden: Daten), soweit dies für die Durchführung des Verfahrens notwendig ist. Hierfür benötigen wir diese Einwilligungs- 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