

Medizinschadenserfassung

Fragebogen

Service des **Patientenschutz e.V.**

Durch die Beantwortung der nachfolgenden Fragen tragen Sie dazu bei, dass Ihre Angelegenheit entweder von Mitarbeitern des Serviceteam des Patientenschutz e.V. oder einem auf das Medizinrecht spezialisierten und von Ihnen bereits beauftragten Anwalt des Beratungsnetzes zügig und ohne nötige Rückfragen in Angriff genommen werden kann. Die Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur dem Servicemitarbeiter des Patientenschutz oder Ihrem Anwalt zugänglich gemacht. Nach Ablauf der üblichen Aktenaufbewahrungszeit von 5 Jahren werden diese Unterlagen vernichtet oder falls eine Speicherung auf Datenträger erfolgt ist, gelöscht.

Bitte ausfüllen		Fragen zur Person des Patienten			
Name/Vorname					
PLZ/Wohnort/Strasse Hsnr.					
Kommunikationsverbindungen Telefon/Fax/E-Mail					
sonstiges	Alter:	Geschlecht	Familienstand:	eigene Kinder:	

Bitte ausfüllen		Fragen zum vermuteten Behandlungsfehler und seinen Folgen	
Name und Adresse des Behandlers mit sämtlichen Kommunikationsverbindungen Ort der Behandlung (Praxis, Krankenhaus)			
	falls der Platz nicht ausreicht - bitte Zusatzblatt verwenden		
Ärztliche Maßnahme/oder pflichtwidriges ärztliches Unterlassen das einen Schaden zur Folge hatte.			
	falls der Platz nicht ausreicht - bitte Zusatzblatt verwenden		
Beschreibung des unmittelbaren Schadens (der Schaden der direkt auf ärztliches Handeln bzw. Unterlassen zurückzuführen ist.)			
	falls der Platz nicht ausreicht - bitte Zusatzblatt verwenden.		
Beschreibung des weiteren auf ärztliches Handeln oder Unterlassen rückführbaren Schaden. (Erwerbsminderung - Kündigung, Arbeitslosigkeit, BU/EU-Rente, Schwerbehinderung, Betreuung, Pflege Haushaltsführungsschaden)			
	falls der Platz nicht ausreicht - bitte Zusatzblatt verwenden.		

Bitte senden/faxen Sie diesen Fragebogen zusammen etwaigen Zusatzblättern und allen sich in Ihrem Besitz Unterlagen die die fragliche Behandlung betreffen (Arztbriefe, Atteste, etc.) an:

Patientenschutz e.V. Buschkrugallee 53, 12359 Berlin, Tel. 030-6068081, Fax: 030-6068069

oder übergeben/übersenden den Fragebogen dem Anwalt des Anwaltsberatungsnetzes, den sie mit Ihrem Fall beauftragt haben.