

Fragebogen zur Unterstützung der Versicherten bei Behandlungsfehlern (§ 66 Sozialgesetzbuch V)

Versichertendaten

Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Geboren am: _____
Versichertennummer: _____
Telefonnummer*: _____

* Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.

Bitte nutzen Sie für Ihre Ausführung gegebenenfalls zusätzliche Blätter.

- 1. Aus welchem Grund haben Sie sich in ärztliche Behandlung begeben?**
(wegen Schmerzen, Vorsorgeuntersuchung, OP-Indikation ect.)

- 2. Was ist das beschuldigte bzw. schädigende Ereignis (beispielsweise OP, ärztliche Behandlung etc.)?**

Bitte mit Angabe des Datums oder dem Behandlungszeitraum.

- 3. Welcher Arzt oder Krankenhaus sollen Schadenersatz leisten?**

(Bitte geben Sie den genauen Namen und die Anschrift an.)



9. Wurden Sie über die geplante ärztliche Behandlung und das Behandlungsrisiko aufgeklärt?

Ja

Nein

Wenn Ja, geben Sie bitte den Zeitpunkt sowie den Namen und die Anschrift des Arztes an.

10. Hätten Sie in den Eingriff eingewilligt, wenn Sie das Risiko gekannt hätten?

Ja

Nein

11. Wurden Ihnen in diesem Zusammenhang Behandlungsalternativen angeboten?

12. Was haben Sie bisher zur Realisierung Ihrer Schadenersatzansprüche unternommen?



