

Ärztekammer Niedersachsen
Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen
Berliner Allee 20
30175 Hannover

Aktenzeichen der Schlichtungsstelle
(falls vorhanden):

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

I. Patientendaten

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐

Name:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtstag:

ggf. verstorben am:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

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

(Hinweis: In Betracht kommen etwa bevollmächtigte Vertreter, Erben, Sorgeberechtigte und Betreuer. Bitte fügen Sie diesem Antrag einen geeigneten Nachweis bei, z.B. Kopie der Vollmacht, Erbschein, Testament, Nachweis des alleinigen Sorgerechts, Betreuungsurkunde)

1. Name:

Geburtsname:

Vorname:

Geburtstag:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

2. Name:

Geburtsname:

Vorname:

Geburtstag:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

III. Behandlungsfehlervorwurf

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

1.1 Name Ärztin / Arzt:

Anschrift Praxis / Krankenhaus:

Abteilung / Fachrichtung:

Falls bekannt Name Chefärztin / Chefarzt:

1.2. Name Ärztin / Arzt:

Anschrift Praxis / Krankenhaus:

Abteilung / Fachrichtung:

Falls bekannt Name Chefärztin / Chefarzt:

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

Zeitpunkt /Zeitraum:

3.1 Was war der Grund für den Arztbesuch / Krankenhausaufenthalt?

3.2 Was war an der ärztlichen Behandlung nach Ihrer Ansicht falsch?

Schildern Sie uns dies, so gut Sie können. Es reichen auch Anhaltspunkte.

**3.3 Welcher Gesundheitsschaden ist durch die nach Ihrer Ansicht falsche Behandlung entstanden?
Welche Komplikation ist eingetreten?**

IV. Vor – und nachbehandelnde Ärztinnen und Ärzte

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

1. Hausarzt (Name, Adresse)

2. Vorbehandelnde/r Ärztin/ Arzt oder Krankenhaus?

2.1 Name Ärztin / Arzt oder Krankenhaus:

Fachrichtung / Abteilung:

Adresse:

Behandlung von – bis:

2.2. Name Ärztin / Arzt oder Krankenhaus:

Fachrichtung / Abteilung:

Adresse:

Behandlung von – bis:

3. Nachbehandelnde/r Ärztin/ Arzt oder Krankenhaus?

3.1 Name Ärztin / Arzt oder Krankenhaus:

Fachrichtung / Abteilung:

Adresse:

Behandlung von – bis:

3.2. Name Ärztin / Arzt oder Krankenhaus:

Fachrichtung / Abteilung:

Adresse:

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 ☐

Wenn 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. Gleichwohl wird die Schlichtungsstelle, die unabhängig ist, ein weiteres Gutachten einholen.

3. Ist wegen der aus Ihrer Sicht falschen Behandlung bereits Korrespondenz mit der Ärztin / dem Arzt / Krankenhaus oder Dritten geführt worden? Falls ja, bitten wir um Überlassung des Schriftwechsels.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information über die Verarbeitung personenbezogener Daten durch die Ärztekammer Niedersachsen (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. Die Informationen können jederzeit unter www.aekn.de erneut abgerufen oder in schriftlicher Form bei der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Ärztekammer Niedersachsen erneut angefordert werden.

Ich/wir unterschreibe/n diesen Antrag als

- ☐ Patient/in persönlich
- ☐ bevollmächtigte/r Vertreter/in
- ☐ Gesetzliche/r Vertreter/in der Patientin oder des Patienten
- ☐ Erbin / Erbe/n

Hinweis: Eltern und Sorgeberechtigte müssen den Antrag gemeinsam unterschreiben oder der eine Elternteil / Sorgeberechtigte muss dem Anderen eine Vollmacht erteilen

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift